

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N°

325

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1889, à 1 heure

Par ARTHUR MOINGEARD

Né à Echenon (Côte-d'Or), le 28 décembre 1866.

Ancien interne et prosecteur à Dijon
Lauréat de l'École de médecine de Dijon
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Elève du service de santé militaire

ÉTUDE SUR LE PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { BAILLON, professeur.
A. ROBIN, DEJERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	DIEULAFOY
Anatomie pathologique	GUYON.
Histologie	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.	CORNIL.
Pharmacologie.	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.	DUPLAY.
Hygiène.	REGNAULD.
Médecine légale	HAYEM.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	PINARD.
Clinique médicale.	LABOULBÈNE.
Maladie des enfants	STRAUSS.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	G. SÉE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	POTAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	JACCOUD.
Clinique chirurgicale	PETER.
Clinique ophthalmologique	GRANCHER.
Clinique d'accouchement	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHET.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

ÉTUDE
SUR LE
PITYRIASIS ROSÉ
DE GIBERT

INTRODUCTION

L'affection qui fait le sujet de notre thèse inaugurale n'est pas de date bien éloignée. C'est en 1860 que Gibert en donna la première description. Et quoique trente années à peine nous séparent de cette époque, le nombre des travaux auxquels a donné lieu l'étude du pityriasis rosé est déjà important.

Cependant, si les diverses questions de symptomatologie, de pronostic, de traitement de cette affection sont bien établies pour la majeure partie des dermatologistes, il est un point sur lequel ils sont loin d'être d'accord : c'est sur sa nature. En effet, disons-le de suite pour montrer l'importance du débat, tandis que l'École française considère le pityriasis rosé comme un pseudo-exanthème,

l'école viennoise, après Hébra et avec le professeur Kaposi le regardant comme une affection parasitaire, le fait rentrer dans la classe des dermatophyties.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de revenir sur cette question et de reprendre l'étude du pityriasis rosé, en y ajoutant quelques faits cliniques nouveaux signalés dans ces dernières années et qu'il nous a été donné d'observer nous-même pendant notre externat à Saint-Louis dans le service de M. le professeur Fournier.

Loin de nous la prétention d'établir d'une façon indiscutable la nature du pityriasis rosé. Notre ambition est plus modeste. Nous avons recueilli des faits, nous les avons analysés et ce sont les réflexions qu'ils nous ont suggérées et les conclusions qu'ils nous ont paru entraîner que nous exposons aujourd'hui dans ce travail.

Nous adressons à nos premiers maîtres de l'École et de l'hôpital de Dijon l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous ont témoignée au début de nos études.

Que M. le Dr Polaillon reçoive tous nos remerciements pour l'accueil qu'il nous a fait et les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant l'année que nous avons passée avec lui.

Notre savant maître, M. le professeur Fournier, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour cette haute marque de bienveillance et pour l'excellent enseignement que nous avons trouvé auprès de lui.

DÉFINITION. — DIVISION

Le mot pityriasis (de *πιτυρον*, son) s'applique dans son sens le plus général à tout état pathologique caractérisé par une desquamation furfuracée, farineuse de l'épiderme. On conçoit donc que ce terme puisse convenir à diverses maladies fort différentes les unes des autres. Aussi les définitions qui en ont été données sont-elles très vagues et ne renferment-elles aucun caractère précis.

Le pityriasis rosé, lui, a été considéré jusqu'à présent, par la plupart des auteurs qui l'ont étudié, comme une dermatose spéciale se distinguant nettement des espèces voisines par la forme des éléments éruptifs et leur desquamation particulière. Ces caractères constituent la base des définitions qui ont été données de cette affection. De plus, beaucoup d'auteurs lui ont donné un nom rappelant soit sa forme, soit sa nature. C'est pourquoi la synonymie du pityriasis rosé est excessivement riche.

Appelé par Gibert pityriasis rosé, il a été désigné successivement sous les noms de pityriasis rubra aigu, arthritide pseudo-exanthématique (Bazin) ; pityriasis disséminé (Hardy) ; pityriasis circiné (Horand) ; eczéma érythémateux (E. Wilson) ; érythème papuleux desquamatif (Vidal) ; pseudo-exanthème érythémato-desquamatif (E. Besnier) ; roséole squameuse (Fournier).

Pour nous, conservant à cette affection le nom de *pityriasis rosé*, nous la définissons : une maladie générale

caractérisée d'une part, par sa marche presque aiguë, cyclique, sa non-récidive habituelle et d'autre part, par un exanthème formé d'éléments d'abord papuleux et congestifs, qui ne tardent pas à s'étendre pour devenir d'assez larges placards arrondis ou ovales à circonférence érythémato-desquamative et à centre légèrement bistré.

Après avoir étudié, avec les détails qu'il comporte, l'historique de la question, nous en aborderons la partie clinique. Nous traiterons tout d'abord de l'étiologie du pityriasis rosé. Nous nous arrêterons plus longuement sur la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le diagnostic de cette affection ; puis nous terminerons par de brèves considérations sur son pronostic et son traitement. Enfin, la dernière partie de notre travail sera consacrée à l'exposé de nos observations justificatives.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

«... De petites taches furfuracées, très légèrement colorées, irrégulières, d'une étendue qui ne dépasse guère celle de l'ongle, nombreuses et rapprochées, quoique séparées toujours par quelque intervalle de peau saine, prurigineuses, qui se répandent sur les parties supérieures du corps, de préférence sur le cou, le haut de la poitrine, le haut des bras, mais peuvent successivement se propager de haut en bas jusque sur les cuisses, en sorte que la durée totale de l'éruption, qui s'efface peu à peu dans les parties qu'elle avait occupées en premier lieu, à mesure qu'elle descend plus bas, se prolonge assez ordinairement pendant six semaines ou deux mois ».

Telle est la description qu'en 1860, Gibert (1) donnait d'une affection de la peau qu'il proposait d'appeler *pityriasis rosé* et qu'il rangeait dans sa classification, entre le *pityriasis simplex* et le *pityriasis rubra*.

Avant lui, cette affection était complètement inconnue ou plutôt confondue avec d'autres. D'ailleurs le genre *pityriasis* n'était pas très bien défini, et englobait, peu de temps encore avant Gibert, plusieurs dermatoses fort différentes les unes des autres.

1. Gibert. *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, 3^e édit., t. I, 1860, p. 402.

Reprenons brièvement son histoire.

Si nous nous reportons à l'étymologie que nous avons donnée du mot *pityriasis*, il semble que ce terme n'eût jamais dû être employé que pour désigner une affection essentiellement sèche. Il n'en fut cependant pas toujours ainsi, et si nous consultons les auteurs anciens, nous voyons qu'ils font une confusion profonde entre les diverses affections sèches et humides qu'ils réunissent sous la dénomination de *pityriasis*. Galien, Celse, Paul d'Égine, puis plus tard Mercuriali renferment dans la même description les genres *psoriasis*, *pityriasis* et *lepra*.

Il faut arriver jusqu'à Lorry (1) pour voir cesser cette confusion. Cet auteur essaie bien d'établir une distinction entre les dermatoses à forme sèche et les dermatoses à forme humide, les unes se rapportant au lichen qui est pour lui le *pityriasis*, les autres se rapportant à l'eczéma. Il dit, en effet, en terminant son chapitre de *porrigine* : « *Igitur in operosa horumce malorum curatione non insudabimus, cum ea quæ de herpetibus dicta sunt ad porriginem referantur humidam et ea quæ de lichenibus prolata sunt alibi pertineant ad siccam* ». Mais dans ses descriptions d'ailleurs assez vagues du *pityriasis*, il n'est aucunement question d'une affection se rapprochant du *pityriasis rosé*.

Viennent enfin Willan et Bateman (2) qui restreignent le sens du mot *pityriasis* et qui, les premiers, proposent

1. Lorry. *Tractatus de morbis cutaneis*, 1777, p. 462.

2. Willan et Bateman. *Description and treatment of cutaneous diseases*, 1799.

une classification pour en distinguer nettement les différentes espèces. Suivant eux, on peut en considérer quatre principales: le *pityriasis capitis*, le *pityriasis rubra*, le *pityriasis versicolore* et le *pityriasis nigra*, mais nulle part ne se trouve un type qui réponde au pityriasis rosé.

Alibert (1) nomme le pityriasis : *dartre furfuracée volante: herpes furfuraceos volitans*. « Les pathologistes lui ont donné cette dénomination, dit-il, parce qu'elle est remarquable par son caractère ambulant, qui fait qu'elle se manifeste successivement sur plusieurs parties du corps ».

Bielt, Cazenave et Schedel (2) décrivent bien une maladie pityriasis, mais ils la définissent: « une inflammation chronique de la peau dans laquelle l'épiderme aminci se présente sous la forme de petites squammules blanches, extrêmement minces, qui se détachent et se reproduisent avec une facilité et une abondance extraordinaire ». Il n'y a donc aucun rapport entre ce pityriasis et l'affection que nous allons étudier.

Quant à Rayet (3), il décrit deux espèces de pityriasis: un *pityriasis général* qui correspond à ce que Devergie devait appeler plus tard pityriasis rubra et un *pityriasis local*, dont il distingue plusieurs variétés: aucune d'elles n'est l'analogue du pityriasis rosé. Il distrait de sa description le pityriasis versicolore qu'il fait rentrer dans les taches pigmentaires accidentelles.

1. Alibert, *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, 1810, p. 200.

2. Bielt, Cazenave et Schedel. *Maladies de la peau*, 1820, p. 320.

3. Rayet. *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 160, 1835.

Chausit (1), comme d'ailleurs Cazenave et Schedel, dans une édition postérieure, reviennent simplement à la classification de Willan dont ils admettent les quatre espèces.

Jusqu'ici donc, nous venons de le voir, aucun auteur n'avait étudié ni même signalé l'affection qui nous occupe. C'est alors que Gibert (2) fit paraître la brève, mais très nette et très claire description que nous avons placée en tête de ce chapitre et qui consacrait l'entité morbide du pityriasis rosé. La nouvelle dermatose prend place entre le *pityriasis simplex* et le *pityriasis rubra* dans la classification de Gibert, qui comprend en outre le *pityriasis versicolor* et le *pityriasis nigra*.

Dans son ouvrage paru peu de temps après, Devergie (3) ne fait même pas mention de l'affection signalée par son collègue Gibert. Il décrit cinq grandes espèces de pityriasis: le *pityriasis alla*, le *pityriasis rubra*, le *pityriasis versicolore*, le *pityriasis nigra* et le *pityriasis pilaris*. Il distingue ensuite d'autres variétés: *fugax*, *perstans*, *diffusa*, *circumscripta*. A aucune d'elles ne correspond la description du pityriasis rosé.

Une nouvelle classification allait apparaître avec Bazin (4), qui lui, admet le pityriasis rosé comme une entité pathologique parfaitement distincte. Toutefois, il ne l'étu-

1. Chausit. *Traité élémentaire des maladies de la peau*, 1853, p. 149.

2. Gibert, *loc. cit.*

3. Devergie. *Maladies de la peau*, 1862, p. 434.

4. Bazin. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, 1862, p. 365.

die pas sous ce nom. Il l'appelle *pityriasis rubra aigu* et le fait rentrer dans les pityriasis de cause interne. Il lui reconnaît deux formes principales : *maculata* et *circinata*. Au point de vue de sa nature, il le rattache aux arthritides : il en fait un pseudo-exanthème arthritique.

Après avoir désigné le pityriasis rosé sous le nom de *pityriasis circiné* dans ses *Leçons sur les maladies de la peau*, le professeur Hardy (1), dans son article du *Dictionnaire* décrit une nouvelle forme qu'il appelle *pityriasis disséminé*. Cette forme correspond à notre pityriasis rosé et au pityriasis aigu de Bazin, et c'est d'ailleurs encore la dénomination sous laquelle il le décrit dans son récent traité.

Dans un mémoire paru en 1876, Horand (2) rapporte sept observations d'une affection qu'il croit peu connue et qu'il désigne sous le nom de *pityriasis circiné*. Mais si nous comparons sa description à celle de Gibert, nous les trouvons presque identiques. Il dit, en effet, dans l'observation II : « L'éruption est caractérisée par des plaques de grandeur et de forme variables, dont les dimensions oscillent entre elles d'une lentille et d'une pièce de cinq francs, formant quelquefois des bandes irrégulières, d'autres fois ayant une forme circulaire ou ova-

1. Hardy. *Leçons sur les affections cutanées dartreuses*, 1868.

— Article *pityriasis* du *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, 1880.

— *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.*, 1886, p. 322.

2. Horand. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, t. VIII, 1^{er} sér. p. 352.

laire... Ces plaques sont séparées par des intervalles de panesais, au moins égaux en surface aux parties malades... Elles présentent une desquamation furfuracée très fine sur toute leur surface et principalement sur leurs bords ». Pour nous, il n'y a pas de doute, et cette affection est bien du pityriasis rosé de Gibert. De plus, le siège de prédilection qu'il indique, ou cette partie supérieure du tronc, est bien celui du pityriasis rosé. Pour Horand, cette affection n'est pas parasitaire, néanmoins il croit pouvoir en attribuer le développement à une cause externe.

A partir de ce moment, le pityriasis rosé ou tout au moins le pityriasis circiné, nom sous lequel Bazin, Hardy et Horand l'avaient décrit, est plus connu et fait le sujet de quelques mémoires.

C'est ainsi que M. Rendu (1) dans un travail ayant pour titre *Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau*, cite une observation de pityriasis circiné, avec analgésie très marquée au niveau des plaques.

En 1877, paraît la thèse du Dr Metton (2) qui résume assez bien l'état de la question à cette époque. Dans cette monographie, faite sous l'inspiration de M. Vidal, il se rallie à l'opinion de ce dermatologiste, et fait du pityriasis rosé un pseudo-exanthème. Il insiste d'ailleurs sur les caractères qui rapprochent cette affection des érythèmes polymorphes.

1. Rendu. *Annal. de Dermat. et Syph.*, 1874-1875, t. VI. 1^{re} série, p. 21.

2. Metton. Thèse de Paris, 1877.

La thèse du Dr Nicolas (1) soutenue en 1880 est intéressante à plusieurs points de vue, en particulier par le nom qu'il donne au pityriasis rosé et que nous trouvons pour la première fois dans la littérature médicale : celui de *roséole squameuse*, nom qui d'ailleurs n'a pas prévalu. Quant à sa nature, il s'en occupe fort peu. Il dit seulement qu'il n'est pas parasitaire et que les émotions morales, par conséquent le système nerveux, doivent jouer le principal rôle dans sa production.

Dans sa thèse publiée en 1885, le Dr Chapard (2) conserve au pityriasis rosé le nom de *roséole squameuse*, sous lequel Nicolas l'avait déjà décrit, mais de plus il veut distraire du genre pityriasis l'affection de Gibert. Au reste, il n'apporte pas grandes preuves à la justification de son opinion. Il discute à peine la question de nature ; il dit cependant qu'il se range à l'opinion de M. Fournier, et considère « la roséole squameuse comme un pseudo-exanthème, c'est-à-dire quelque chose d'intermédiaire entre une fièvre éruptive et une dermatose chronique, mais se rapprochant plus d'une fièvre éruptive que d'une dermatose ».

Dans leur traité, Hillairet et Gaucher (3) décrivent quatre espèces de pityriasis ; l'une d'elles est notre *pityriasis rosé*, dont ils font une entité bien distincte à côté du *pityriasis simple*, du *pityriasis pilaris* de Devergie et du

1. Nicolas. Thèse de Paris, 1880.

2. Chapard, Thèse de Paris, 1885.

3. Hillairet et Gaucher. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1885, p. 621.

pityriasis rubra. Ils en distinguent deux formes, les mêmes que Bazin : *maculata* et *circinata*.

Enfin M. Pignot (1) fait aussi une espèce à part du pityriasis rosé, et il en donne une bonne description dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de 1886.

C'est là le dernier travail d'ensemble qui ait paru sur le pityriasis rosé. Depuis ce temps, divers mémoires ont été publiés, mais sur des points particuliers de la question.

C'est ainsi que la même année, dans une communication à la Société clinique, M. Jacquet (2) signalait deux cas de dilatation gastrique chez deux malades atteintes de pityriasis rosé et se basait sur cette coïncidence pour édifier une théorie pathogénique de cette affection qui pour lui était une auto-intoxication. Nous reviendrons plus tard sur cette opinion dont nous discuterons la valeur.

L'année suivante, M. Brocq (3) signalait un fait clinique nouveau dans l'histoire du pityriasis rosé. Il avait, en effet, constaté qu'on souvent l'éruption du pityriasis rosé commençait par une macule unique, qui devenait rapidement squameuse et s'étendait par ses bords. Cette macule restait isolée et ce n'est que dans un espace de temps variant de quatre à quinze jours que l'éruption se généralisait. En peu de temps, il a pu recueillir six observations des plus nettes de ce remarquable mode de début.

1. Pignot. Article *Pityriasis* du *Dict. encycl. des sc. médic.*, 1886.

2. Jacquet. *Bulletin de la Soc. clin.*, 1886, p. 81.

3. Brocq. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, t. 8, 1887, p. 615.

M. Brocq, étant donné le peu de cas qu'il a observés, n'ose encore se prononcer sur la valeur symptomatique de ce qu'il appelle la *plaque primitive* du pityriasis rosé. Néanmoins sans assimiler cette affection à la trichophytie généralisée comme l'école viennoise, il pense que c'est une maladie parasitaire ou microbienne dont le micro-organisme n'est pas connu.

Enfin, dans les réunions cliniques hebdomadaires des médecins de Saint-Louis, instituées cette année, plusieurs malades atteints de pityriasis rosé ont été présentés. Chaque fois, ces présentations ont été l'objet d'intéressantes observations de la part des éminents praticiens de cet hôpital : MM. Fournier, E. Besnier, Vidal, etc., observations que l'on trouvera relatées dans les *Annales* de 1889 (1).

Nous avons étudié l'histoire du pityriasis rosé à travers la littérature médicale française, voyons maintenant quelle a été destinée à l'étranger.

La classification de Willan et Bateman (2) nous est connue. Nous savons que rien dans leurs descriptions ne correspond au pityriasis rosé.

Le premier auteur anglais qui ait signalé une affection répondant au pityriasis rosé est Erasmus Wilson (3) dans ses leçons parues en 1871, et encore ne lui donne-t-il pas ce nom. Il l'appelle, en effet, *eczéma érythémateux*. Il en cite plusieurs observations : une surtout ne nous

1. V. *Annales de Derm. et de Syph.* Nos de janv., fév., avril, mai, 1889.

2. Willan et Bateman, *loc. cit.*

3. Erasmus Wilson, *Lectures on dermatology delivered in 1871*, 72, 73.

paraît pas douteuse. En voici le résumé : il s'agit d'un homme de 45 ans qui, au début de janvier, fut atteint d'une éruption formée de taches oblongues, à saillies à peine appréciables et de coloration rosée sur les bords, tandis que l'intérieur est quelque peu flétri et de couleur jaunâtre. Après s'être répandue sur tout le tronc, le cou, les bras, jusqu'aux poignets, l'éruption se termina à la fin de janvier par une fine desquamation. C'est bien là la symptomatologie et la marche du pityriasis rosé.

Tilbury Fox (1) décrit le pityriasis rubra et le pityriasis pilaris de Dévergie, mais ne fait pas mention de l'affection de Gibert.

Mac Call Anderson n'en parle non plus. Il rejette d'ailleurs, dans sa classification, les pityriasis qu'il considère comme n'étant que la seconde période de l'érythème c'est-à-dire la période squameuse.

Dans un récent traité enfin, Radcliffe Crocker (2) consacre un long article à l'étude du pityriasis rosé. Dans sa description, il distingue les deux formes de Bazin ; *maculeuse et circinée*.

Il n'ose encore se prononcer sur la nature de cette affection. Il dit cependant l'avoir observée deux fois chez deux personnes de la même famille et en cite une épidémie rapportée par Peroni.

En Amérique, Dühring (3) décrit le pityriasis rosé sous

1. Tilbury Fox, *Skin Diseases*, third édition, 1873, p. 161.

2. Radcliffe Crocker, *Diseases of the skin* Londres, 1888. p. 206.

3. Duhring, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau* tradue. Barth. et Colson, 1883.

le nom de *pityriasis maculata et circinata*. — Hyde (1) en fait également une courte étude sous le même titre, d'après l'auteur précédent. — Ziemssen (2) enfin, le désignant sous le nom même de pityriasis rosé en donne une bonne description dans son traité paru en 1885.

Mais si les doctrines de Gibert ont été acceptées presque sans conteste en Angleterre et en Amérique, elles furent loin de prévaloir parmi les dermatologistes d'Outre-Rhin. En effet, Hébra (3), Newmann (4), Kaposi (5) ne décrivent que le pityriasis rubra. Quant au pityriasis rosé, ils en font une variété de trichophytie aiguë et le désignent sous le nom d'*herpes tonsurans maculosus*. Nous reviendrons d'ailleurs avec plus de détails sur cette opinion lorsque nous étudierons la nature du pityriasis rosé.

Le Dr Weyl (6) cependant, dans un article paru dans la *Berlinischer klinische Wochenschrift*, admet cette entité morbide. Il s'applique, en particulier, à en faire le diagnostic avec l'*herpes tonsurans maculosus* de Hébra. Il montre en outre que le nom de *roseola furfuracea herpetiformis* que lui donne Behrend ne lui convient absolument pas.

Unna (7), lui, admet bien le pityriasis rosé; mais il

1. Hyde. *A practical treatise diseases of the skin*, 1883, p. 214.
2. Ziemssen. *Handbook of diseases of the skin*, 1885, p. 262.
3. Hébra et Kaposi. Trad. Doyon, 1878.
4. Newmann. *Traité des maladies de la peau*, trad. Darin, 1880.
5. Kaposi Moritz, *Leçons sur les maladies de la peau* tr. E. Besnier, 1881, p. 431.
6. Weyl. *Berlinischer klinische Wochenschrift*. 1882, p. 495.
7. Unna, *Lettres de Paris, in monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1888.

pense que cette affection a été souvent confondue avec l'eczéma séborrhoïque. D'ailleurs, l'opinion de Kaposi tend à perdre du terrain. C'est ainsi que le professeur Pick (1) de Prague, ne croit plus non plus à la nature tricophytique de cette affection.

En Italie, plusieurs auteurs considèrent également le pityriasis rosé comme une maladie parasitaire, Primo Ferrari (2) dit, en effet, y avoir trouvé le saccaromycète de Bizzorero.

Telles sont les diverses phases de l'histoire du pityriasis rosé. Nous voyons qu'elle comprend trois périodes bien distinctes :

1° Une période où cette affection est absolument inconnue et confondue avec d'autres : ici nous trouvons les noms de Lorry, Willan et Bateman, Bielt, Cazenave, Rayer, Devergie ;

2° Une période qui commence avec Gibert où le pityriasis rosé est connu, mais décrit, si ce n'est par Gibert lui-même, sous d'autres noms : c'est la période de Bazin, Hardy, Horand ;

3° Enfin, une période où on revient au nom de pityriasis rosé qui est définitivement admis, pour les auteurs du moins qui lui reconnaissent une individualité propre. Cette période date à peine de quelques années.

Nous ferons remarquer en outre, en terminant, que le pityriasis rosé créé par Gibert, et étudié surtout dans notre pays, appartient tout entier à l'École Française.

1. Pick, cité par Hallopeau, in *Ann. Dermat. et Syph.* n. avril 1889, p. 338.

2. Primo Ferrari, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888, p. 185.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie du pityriasis rosé est une question encore bien obscure. La véritable cause de la maladie est complètement inconnue, et on ne peut, à son endroit, que se livrer aux hypothèses. Tout au plus, peut-on arriver à déterminer les conditions dans lesquelles cette affection se présente le plus ordinairement. Étudions-les donc brièvement.

Fréquence. — Le pityriasis rosé est une maladie relativement peu commune. C'est ainsi que l'on en voit à peine de 80 à 100 cas par année aux consultations de Saint-Louis. C'est donc une affection bien moins fréquente que l'eczéma ou le psoriasis, mais qui n'est cependant pas une rareté.

Age. — « Le pityriasis rosé, dit Gibert (1), se montre principalement dans la jeunesse ». C'est là un fait qui a été vérifié par tous ceux qui ont vu cette maladie. Nous avons essayé, en joignant nos observations à celles qui ont été publiées avant nous et en réunissant ainsi un total de 56 faits bien observés, d'établir une proportion, et nous sommes arrivé aux résultats suivants :

1. Gibert, *loc. cit.*

Sur 56 individus faisant le sujet de ces observations, nous en avons trouvé :

2 de 5 à 15 ans.
27 de 15 à 25 ans.
14 de 25 à 35 ans.
7 de 35 à 45 ans.
4 de 45 à 55 ans.
2 de 55 à 65 ans.

Nous voyons, d'après ce tableau, que le maximum se trouve de 15 à 25 ans, ce qui justifie bien la proposition Gibert. Ce tableau nous indique également que le pityriasis rosé diminue peu à peu de fréquence à mesure que l'on avance en âge, sans être toutefois incompatible avec un âge avancé puisque nous avons 4 cas de 45 à 55 ans et 2 cas de 55 à 65 ans.

Sexe. — Gibert disait également que cette affection était plus commune chez la femme que chez l'homme. Cette remarque est encore pleinement justifiée. C'est ainsi que dans nos observations personnelles sur 21 cas nous en avons 14 qui se rapportent à des femmes, ce qui donne une proportion de 66 pour 100. En reprenant notre chiffre total précédent, nous voyons notre proportion s'abaisser un peu : 63 pour 100, laissant toujours la prépondérance au sexe féminin. Quelle est la cause de ce fait ? elle tient vraisemblablement à ce que les femmes ont ordinairement la peau plus fine et plus délicate, circonstance qui est à envisager, comme nous le dirons dans un instant.

Saisons. — Le pityriasis rosé s'observe, ainsi d'ailleurs que l'avait fort bien remarqué Gibert, dans les saisons

chaudes de l'année. Ce fait est encore confirmé par nos observations. Nous préciserons toutefois, et nous dirons que le printemps est la saison de prédilection pour le pityriasis. C'est ce qui ressort des chiffres suivants où, sur 56 cas de cette affection, nous l'avons constatée :

9 fois		dans les mois de janvier, février et mars ;
35 fois	—	avril, mai et juin ;
9 fois	—	juillet, août et septembre ;
3 fois	—	octobre, nov. et déc.

ce qui donne pour les mois d'avril, mai et juin, c'est-à-dire pour le printemps, la proportion véritablement considérable de 63 pour 100.

Y a-t-il d'autres considérations qui méritent d'entrer en ligne de compte dans l'étiologie du pityriasis rosé ? On a dit, et Gibert le premier, qu'il se voyait surtout chez les gens à peau fine et délicate. « Les individus, dit Alibert (1), qui ont les cheveux blonds ou roux, qui ont la peau blanche et sans énergie, y sont plus enclins que d'autres ». Cela est vrai, et nous avons nous-même remarqué ce fait, que chez ces sujets la réaction était plus vive, l'éruption plus intense et plus prolongée.

Les émotions, les fatigues, les veilles, les écarts de régime, une alimentation stimulante, l'insolation, l'exposition à une forte chaleur ont été tour à tour invoqués comme causes de la maladie. On a insisté en particulier sur les impressions morales (Nicolas, Chapard). Pour nous, nous ne croyons guère à l'influence de ces diverses cau-

1 Alibert, *loc. cit.*

ses. La dernière, cependant, ne nous paraît pas devoir être complètement rejetée. Nous la voyons, en effet, mentionnée deux fois dans nos observations (Obs. III et X).

Récemment MM. Bouchard et Jacquet (1) ont voulu faire de la dilatation de l'estomac une cause du pityriasis rosé. Nous reviendrons ailleurs sur cette question. Nous dirons seulement que nous l'avons recherchée soigneusement sur nos malades et que sur douze cas, nous ne l'avons trouvée que deux fois d'une façon indiscutable.

Les diathèses, la scrofule, l'arthritisme surtout, ont-elles quelque action ? Bazin le pensait, puisqu'il faisait du pityriasis rosé un pseudo-exanthème arthritique. Pour nous, sans refuser à un arthritique le droit d'avoir un pityriasis rosé, nous ne croyons pas qu'il ait des aptitudes spéciales à contracter cette affection.

Quant à la disposition circinée des éléments éruptifs, à cette forme si nette de médaillons, quant à la localisation symétrique quelquefois si bizarre de la maladie, ce sont là autant de questions qu'il est presque impossible de résoudre.

Nous venons d'étudier avec quelques détails les différentes causes et conditions de production du pityriasis rosé. Il nous semble qu'il est possible de les réunir et de les classer en deux groupes :

1° *Causes prédisposantes*. — A elles se rattacheraient la jeunesse, le sexe féminin, le printemps, le lymphatisme, etc.

2° *Causes occasionnelles*. — Ici se placeraient en première ligne les émotions, puis viendraient les veilles, les fatigues, les écarts de régime.

1. Jacquet, *loc. cit.*

Mais, toutefois, il faut bien se dire que ces causes n'agissent pas directement, et pour nous, elles n'ont d'autre effet que d'affaiblir l'organisme et de le mettre dans des conditions d'infériorité vis-à-vis de l'agent infectieux, véritable principe pathogène du pityriasis rosé.

Le pityriasis rosé est-il contagieux? A cette question, la plupart des dermatologistes répondent négativement. Cependant Horand (1) cite une observation où les deux frères ont été atteints presque simultanément. Radcliffe Crocker (2) l'a constaté deux fois chez deux personnes de la même famille. Pour nous, nous pensons que si le pityriasis rosé est contagieux, il ne l'est qu'à un faible degré.

Un mot, en terminant, sur une question que nous traiterons avec plus de détail lorsque nous aborderons l'étude de la nature du pityriasis rosé : cette affection ne récidive jamais. C'est là un fait que nous avons constaté dans toutes nos observations et qui nous a été affirmé par nos maîtres que nous avons consultés à cet effet. Une première atteinte confère en quelque sorte l'immunité. Est-ce à dire par là que la maladie est l'analogue des fièvres éruptives et constitue une maladie infectieuse? Mais déjà nous empiétons sur le domaine de la pathogénie. Laissons pour un instant cette question. Nous y reviendrons ultérieurement.

1. Horand, *loc. cit.*

2. Radcliffe Crocker, *loc. cit.*

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous avons reproduit au commencement de notre historique la description de Gibert qui, pour si courte qu'elle soit, n'en est pas moins d'une grande netteté. Nous allons entrer, dans ce chapitre, dans des détails que ne comportait pas le traité de cet auteur, et qui, d'ailleurs pour certains d'entre eux, n'étaient alors pas connus.

Pour la clarté de l'étude, nous diviserons l'histoire du pityriasis rosé en deux périodes : une période de *début* et une période d'*éruption*.

I. — Période de début.

Cette période est caractérisée par deux ordres de symptômes : les symptômes généraux et les symptômes locaux.

1° *Symptômes généraux*. — On peut dire que le plus ordinairement, le début du pityriasis rosé se fait sans retentissement sur l'organisme. Cependant il faut bien savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la scène peut être ouverte par tout le cortège symptomatique du début d'une fièvre éruptive : c'est-à-dire frissons, fièvre avec élévation thermique, céphalalgie, épistaxis. Ce fait est rare, nous citons cependant deux cas (Obs. XV et XIX) où ces symptômes ont été nettement constatés. Mais ce que nous avons vu plus souvent et qui est relaté dans quelques-unes de nos observations (Obs. VI, VII,

XII et XIV), ce sont des malaises, une céphalalgie plus ou moins intense, des douleurs vagues dans les membres, de la perte de l'appétit. Ce léger appareil fébrile a été signalé par tous les auteurs qui ont écrit sur la question. Nous le répétons, il est rarement assez intense pour en imposer pour un exanthème aigu, cependant il faut en tenir compte pour ne pas en ignorer, le cas échéant. Lorsqu'ils existent, ces troubles généraux durent peu de temps et cessent généralement avec le début de l'éruption. Ce que l'on voit persister quelquefois plus longtemps, ce sont les troubles gastriques.

2° *Symptômes locaux.* — A peine ces légers accidents ont-ils cessé, ou même pendant leur évolution et enfin quelquefois d'emblée apparaît en un point du corps une macule initiale appelée par M. Brocq (1) qui l'a le premier bien décrite, *plaque primitive du pityriasis rosé*. Cette plaque primitive n'est pas constante et alors, dans les cas où elle fait défaut, la maladie débute par la période d'éruption. C'est ainsi que sur quinze observations personnelles, nous ne l'avons observée que sept fois d'une façon bien nette.

Cette plaque ne se produit pas indifféremment sur tous les points du corps : elle a ses sièges de prédilection : on ne la rencontre guère que sur la poitrine, les seins particulièrement et le cou. Nous l'avons observée trois fois sur les avant-bras. Horand (2) dans une observation de ce qu'il appelle pityriasis circiné cite un cas où l'éruption

1. Brocq. *Loc. cit.*

2. Horand. *Loc. cit.*

débute par une plaque à localisation bizarre : « Ce n'est qu'un mois après, dit-il, que le malade vit apparaître au-dessus du talon gauche ce qu'il nomme une dartre, c'est-à-dire une plaque circulaire, bien limitée, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, sèche, légèrement rouge et parsemée à sa surface de pellicules blanchâtres. Pendant un mois, cette plaque resta seule, mais au bout de ce temps, il s'en développa d'autres ».

Quelle est la forme et l'évolution de cette plaque? Ce sont celles de tous les éléments du pityriasis rosé. Au début, c'est d'abord une petite papule congestive de couleur rose vif qui disparaît presque complètement à la pression du doigt. La vue, mais surtout le toucher, indiquent bien la forme nettement papuleuse de cet élément. Bientôt cette papule s'affaisse en même temps qu'elle augmente en surface; elle perd sa coloration rose foncé et ne tarde pas à présenter une légère desquamation sur ses bords. Elle forme ainsi une plaque circulaire ou ovale dont le diamètre ne dépasse pas ordinairement 10 à 12 millimètres, mais qui en peut atteindre exceptionnellement jusqu'à 20 ou 25. Un fait que nous avons remarqué presque chaque fois que nous avons constaté cette plaque, c'est qu'elle est très prurigineuse alors que l'éruption qui la suivra le sera très peu ou pas du tout. Les malades attribuent même ordinairement au prurit et au grattage consécutif l'extension de cette plaque.

La durée de cette plaque primitive est variable. M. Brocq indique un espace de temps variant de quatre à quinze jours. Ce sont là les limites que nous avons également trouvées dans nos observations. Cependant on pourra voir dans

notre observation V que cette plaque aurait persisté seule pendant un mois et demi. Malgré les affirmations de la malade, nous inclinons plutôt à croire que l'élément primitif du pityriasis rosé s'est substitué à une lésion érythémateuse quelconque préexistant en cet endroit, circonstance qui aura pu l'induire en erreur sur la véritable durée de cet élément.

Quant à la destinée de cette plaque, elle est analogue à celle que nous indiquerons pour les éléments constitutifs de l'éruption. D'un diamètre ordinairement plus grand que celui des autres placards, si bien qu'on la reconnaît souvent au milieu de l'éruption généralisée, elle ne tarde pas à pâlir et à disparaître au bout de deux à cinq semaines.

Nous ne nous attarderons pas plus sur l'étude de la plaque primitive du pityriasis rosé, étude remarquablement faite d'ailleurs par M. Brocq dans les *Annales de Dermatologie*, nous dirons seulement quelques mots de la signification de ce symptôme. Si le pityriasis rosé était parasitaire, son explication serait facile. En effet, dirait-on, cette plaque représente le point initial de contact du parasite avec l'organisme, et la généralisation de l'éruption n'est que l'envahissement successif des diverses parties du corps par le microphyte. Mais il n'en est point ainsi, et nous montrerons ultérieurement que le pityriasis rosé n'est pas une dermatophytie.

La plaque primitive du pityriasis serait-elle l'analogue du chancre syphilitique, c'est-à-dire la porte d'infection; et l'éruption, la manifestation secondaire de l'infection ?

C'est là une hypothèse émise par M. Brocq, à laquelle il ne s'arrête pas d'avantage.

Pour nous, nous pensons, que le pityriasis rosé étant une éruption essentiellement successive, comme nous le verrons plus tard, il peut très bien se faire qu'elle débute par un élément plus ou moins isolé. Et ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est « que nous avons vu » dans cinq cas, (Obs. IV, X, XIV, XV. et XVII) non pas une seule plaque primitive, mais deux ou trois, restant seules pendant quatre ou cinq jours.

II. — *Période d'éruption.*

Lorsque les accidents sont marqués au début par l'apparition d'une plaque primitive, c'est nous, l'avons vu, dans un laps de temps variant de quatre à quinze jours ordinairement que l'éruption se généralise. Mais cette éruption peut n'être précédée ni de symptômes généraux d'une part, ni de plaque primitive d'autre part, de telle sorte que, dans quelques cas, c'est d'une façon toute fortuite que les malades s'aperçoivent de leur affection. C'est le plus souvent pendant les soins de toilette ou en prenant un bain qu'ils font cette découverte. Ils aperçoivent alors qu'ils ont sur la poitrine, le cou, l'abdomen une quantité plus ou moins considérable de plaques rosées de dimensions variables et de la surface desquelles le grattage détermine la chute d'une fine poussière épidermique. C'est donc souvent insidieusement que débute l'éruption du pityriasis rosé. Un autre mode de début assez singulier et qui a été constaté une fois très nettement par le Dr Chapard(1), est le suivant : un individu ressent pendant une

1. Chapard, *loc. cit.*

nuit de violentes demangeaisons, le sommeil est complètement impossible, et le lendemain matin on constate sur lui une éruption type de pityriasis rosé. Nous citons également un cas analogue (Obs. VI).

Quoi qu'il en soit, la maladie, à sa période d'état se traduit par des *signes physiques* et des *signes fonctionnels*. Quant aux symptômes généraux, ils sont nuls ou persistent seulement sous la forme de légers troubles gastriques.

A. — *Signes physiques*. — Ils consistent essentiellement en une éruption qui présente les caractères suivants : ce sont des taches de couleur rosée, de forme et de dimensions variables, siégeant habituellement sur le haut de la poitrine et du dos, les épaules et les bras et parmi lesquelles on peut distinguer trois sortes d'éléments :

1° Des papules de couleur rose vif dont on sent parfaitement le relief à la surface de la peau. Ces papules n'ont pas un diamètre égal : les unes sont miliaires, les autres peuvent atteindre le volume d'un gros pois. A la pression on n'arrive pas à les effacer complètement : elles restent toujours indiquées par une teinte jaunâtre de la peau.

2° Des éléments de forme ovale, mais le plus souvent nettement circulaire, sans relief à la peau, à bordure rosée et finement déchiquetée et à centre de coloration plus pâle. Ces éléments ont environ 10 à 12 millimètres de diamètre, dimensions bien supérieures à celles des papules précédentes dont le diamètre excède rarement 4 à 5 millimètres. Sur quelques-uns de ces éléments circulaires

on peut quelquefois rencontrer une légère desquamation périphérique, mais ce n'est pas la règle.

3° Enfin, on remarque en nombre plus ou moins considérable, au milieu de l'éruption, de grandes plaques orticulaires ainsi constituées : ce sont des cercles, dont le diamètre peut varier de 15 à 25 millimètres et quelquefois plus, dont l'aire est jaunâtre et comme plissée à sa surface et dont la circonférence est au contraire de coloration d'un rose ordinairement assez vif. Cette disposition a valu à ces éléments, de la part du professeur Fournier, le nom bien significatif de *médallons*. Sur les bords de ces placards on constate une desquamation assez abondante formée de très fines lamelles épidémiques, ce qui constitue une collerette parfois élégante (*cadre roséo-squameux* du professeur Fournier). Ces éléments peuvent se réunir et par leur confluence former ainsi des plaques, d'aspect bizarre, que l'on a comparées assez justement aux figures représentées par les îles dans les cartes géographiques. Dans certains cas (Obs. IX) ces dessins sont plus réguliers et simulent des figures géométriques.

Malgré cette quantité de petits plis qui rident ainsi la surface cutanée au centre de ces éléments, plis que l'on voit surtout bien à la loupe, la peau ne semble pas au doigt sensiblement épaissie.

Telle est la description objective de l'éruption type du pityriasis rosé. Nous avons pu l'observer ainsi plusieurs fois, mais surtout dans deux cas (obs. III et XII). Dans ce dernier cas, en particulier, toute la face antérieure du thorax était littéralement criblée de médallons. Cette éruption est constituée, comme on le voit, par trois éléments dis-

tincts, dont les deux derniers sont cependant assez rapprochés. C'est ce qui a fait décrire aux auteurs deux formes de pityriasis rosé : la forme *maculeuse* et la forme *circinée*. Nous ne voyons pas l'utilité de cette division, car pour nous, cette éruption est une. La large plaque et la papule ne sont pas deux lésions différentes. C'est le même élément à différents degrés de son évolution. Nous nous sommes assuré de ce fait chez plusieurs de nos malades, en particulier sur celle qui fait le sujet de l'observation XII. Dans ce cas, en effet, nous avons fait un dessin de grandeur naturelle reproduisant textuellement l'éruption de la région scapulaire qui, au moment où nous avons vu la malade pour la première fois était presque uniquement constituée par des papules. Or, quelques jours après, nous avons pu nous assurer en comparant notre dessin à l'état actuel de l'éruption, que toutes les papules avaient disparu et étaient remplacées par des éléments analogues à ceux que nous avons décrits en second lieu.

Pour nous, il n'y a donc pas de doute, l'éruption du pityriasis rosé est formée d'éléments qui tous ont la même origine. Tous débutent par une papule dont la durée n'excède guère deux ou trois jours. Puis la papule s'affaissant donne naissance à un autre élément qui lui-même se terminera par les grandes plaques érythémato-desquamatives que nous venons de décrire. Il faut cependant savoir que tous les éléments n'arrivent pas à cette troisième phase et que la desquamation peut se faire antérieurement, peu de temps après l'affaissement de la papule.

Enfin, il ressort de toute cette description que l'éruption du pityriasis rosé est essentiellement sèche. Dans quel-

ques cas très rares, à la suite, par exemple, de grattages énergiques et prolongés ou de frictions irritantes, elle pourrait devenir humide. Dans quelques cas, l'examen des plaques pourra faire constater sur leurs bords de fines vésicules.

L'éruption, avons-nous dit, débute habituellement sur la poitrine et le cou. Mais cette règle souffre des exceptions. Ainsi, nous l'avons vue commencer par les avant-bras (Obs. III, XI), dans le pli de l'aîne (Obs. X), sur le pubis (Obs. VII). De là, elle s'étend et gagne de proche en proche les parties voisines, de telle sorte qu'elle est déjà bien moins vive ou presque éteinte dans un endroit, alors quelle est en pleine activité dans un autre. La face est presque toujours respectée. Dans toutes nos observations, nous n'avons vu qu'un cas qui fit exception à cette règle (Obs. XVII). Sur les membres, l'éruption franchit rarement les poignets et les cous-de-pied. Nous l'avons cependant constatée une fois sur le dos du pied (Obs. X).

Si, dans la majeure partie des cas, les éléments éruptifs sont répandus sans ordre sur le tronc et les membres, il n'est pas exceptionnel de rencontrer des dispositions bizarres, quelquefois symétriques. Ainsi dans notre observation XI, nous voyons l'éruption se localiser exclusivement aux faces antérieures des avant-bras. Dans un autre cas (Obs. III) le côté gauche est surtout envahi : on constate cependant quelques éléments à droite. Dans notre observation VII enfin, nous voyons l'éruption occuper les faces latérales de la poitrine, les hypocondres, les flancs et les fosses iliaques, respectant absolument l'espace correspondant aux deux grands droits

de l'abdomen. Quant à la cause de ces différentes localisations, elle nous échappe entièrement.

Variétés. — Nous avons dit pourquoi nous n'admettions pas la distinction entre une forme maculeuse et une forme circonscrite du pityriasis rosé, cette dernière n'étant pour nous que la seconde étape de l'éruption, n'étant que le pityriasis rosé à l'état *adulte*, selon l'expression du professeur Fournier, tandis que la forme maculeuse n'en est que la première phase.

Il ne nous paraît pas cependant que tous les pityriasis rosés soient semblables, et ce en quoi les éruptions diffèrent souvent les unes des autres, c'est par la confluence des éléments. Nous avons ainsi observé des cas (Obs. V, VIII et XVI), où l'éruption était très discrète; d'autres, où elle était extraordinairement confluyente (Obs. VIII et XII). Mais c'est là encore une distinction bien relative.

B. — *Signes fonctionnels.* — D'après Gibert, le pityriasis rosé s'accompagnerait généralement de *prurit*. Ce n'est pas ce qui semble ressortir de nos observations : car nous avons vu la plupart du temps ce symptôme manquer, même dans les cas d'éruption confluyente.

Ce n'est pas à dire cependant qu'il ne puisse pas se produire et nous avons vu des démangeaisons violentes tourmenter beaucoup les malades (Obs. III et VII). Nous citons également un cas où les démangeaisons ont précédé l'éruption (Obs. VI). Lorsqu'il existe, le prurit est intermittent et surtout intense le soir, lorsque les malades se mettent au lit. Toutefois, il est rarement assez prononcé pour occasionner consécutivement des lésions de

grattage, quoique dans certains cas, on ait pu observer sur les bords des placards de petites vésico-pustules.

Un autre trouble fonctionnel qui peut se produire dans le pityriasis rosé et qui a été signalé pour la première fois par M. Rendu (1) est l'*analgésie* au niveau des éléments éruptifs. Dans son mémoire, M. Rendu cite une observation dans laquelle on pouvait traverser toute la peau sans douleur au centre des plaques ; la piqûre n'était accompagnée d'aucune contraction des masses musculaires sous-jacentes ni d'écoulement sanguin : il n'y avait qu'une sensation de contact. Dans toutes nos observations nous n'avons trouvé qu'un cas où cette anesthésie fût assez nette (Obs. X). Nous pouvions également traverser tout le derme sans que le malade perçut autre chose qu'une sensation de contact. Dans un autre cas (Obs. XII), la sensibilité était évidemment diminuée, car l'excision d'un élément par M. Darier fut à peine ressentie. Comment interpréter ce phénomène ? « Je ferai remarquer également, dit M. Rendu, que pour cette éruption de pityriasis, il est encore bien difficile de faire entrer purement et simplement en ligne de compte, comme explication de l'analgésie, les modifications anatomiques de la peau : c'est un contraste assurément imprévu de voir la sensibilité aussi troublée dans une éruption qui paraît au premier abord si insignifiante ». Pour lui, il semble disposé à attacher ce symptôme à un trouble du système nerveux central.

Symptômes concomitants. — Dans un mémoire paru

1. Rendu. *Loc. cit.*

dans les *Archives générales de médecine*, M. Blazy (1) a décrit une *conjonctivite pityriasique* produite par la formation d'un élément éruptif sur la muqueuse oculaire. Le diagnostic de cette affection serait, d'après lui, très difficile objectivement ; il ne pourrait se faire que par la présence simultanée de l'éruption en d'autres points du corps.

Nous n'avons jamais observé de faits semblables. De plus, nous n'avons jamais constaté, chez nos malades, aucun accident du côté des muqueuses. Nous pensons donc, jusqu'à plus ample informé, que le pityriasis rosé ne s'accompagne pas de poussées éruptives de ce côté.

Signalons, en terminant, un symptôme qui se remarque quelquefois chez les sujets atteints de pityriasis rosé et dont on a voulu faire la cause de cette affection : nous voulons parler de la *dilatation de l'estomac*. Nous avons exploré tous nos malades à ce point de vue, avec les précautions prises par M. le professeur Bouchard, c'est-à-dire sans qu'ils aient ingéré quoique ce soit depuis la veille au soir. Nous avons répété à plusieurs reprises nos investigations. Or, voici quels sont nos résultats : sur douze malades, nous n'avons trouvé que deux cas bien nets d'ectasie gastrique, cas qui du reste ont été constatés, l'un par notre maître, M. le professeur Fournier, et l'autre par notre chef de clinique, le Dr Feulard. Dans l'un des deux cas seulement les nodosités phalangiennes étaient bien marquées.

Nous pensons donc qu'il ne faut pas voir là autre chose

1. Blazy. In *Archives générales de médecine*, 6^e série, t. 23, p. 304.

qu'une coïncidence, et l'on s'exposerait à d'assez nombreuses déceptions si l'on croyait toujours trouver un dilaté dans chaque sujet atteint de pityriasis rosé. Nous ne nous arrêtons pas plus longuement sur cette question, nous réservant d'y revenir avec plus de détails dans un prochain chapitre.

CHAPITRE IV

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

Débutant le plus ordinairement au cou et à la partie supérieure de la poitrine et du dos, l'éruption ne s'y maintient pas localisée bien longtemps. Elle ne tarde pas à se montrer sur les parties voisines : elle envahit ainsi les bras, l'abdomen et les membres inférieurs, en respectant généralement la face, les mains et les pieds.

La généralisation de l'éruption est quelquefois très rapide : elle peut se faire en un ou deux jours. Cependant, la plupart du temps la marche de l'affection est différente et l'éruption est, pour ainsi dire, successive. Elle débute comme à l'ordinaire, par les parties les plus élevées du tronc, puis au bout de quelques jours, lorsque l'on croit que tout va se terminer, une nouvelle poussée se fait dans un endroit voisin et ainsi à plusieurs reprises. C'est ce que l'on peut voir très nettement dans une de nos observations (Obs. III). De telle sorte que l'on peut assister à l'évolution de l'éruption plusieurs fois sur le même sujet.

Pour résumer en quelques mots l'ordre d'apparition de cette éruption, nous pouvons donc dire avec notre maître, M. le professeur Fournier, qu'elle est « successive, insensiblement progressive et descendante ».

Néanmoins, ces diverses poussées ne troublent en rien la marche générale de la maladie qui évolue comme une maladie aiguë et qui achève son cycle régulier dans un espace de temps, variant de six semaines à deux mois. « Elle évolue, dit le Dr Metton (1), suivant un type qui a son cours marqué, presque fixé et invariable dans certaines limites, et que la thérapeutique ne paraît pas avoir modifié jusqu'ici. C'est là un de ses plus grands rapports avec les fièvres éruptives ».

Quatre à six semaines en moyenne, quinze jours à deux mois dans les cas extrêmes, telle est donc la durée ordinaire du pityriasis rosé.

On a vu cependant des cas où cette affection a persisté plus longtemps ; mais ces faits sont excessivement rares et on doit tenir pour exceptionnels les cas, tels que celui cité par M. Hallopeau (2), où l'affection aurait duré quatre ans. MM. Fournier et E. Besnier ont également présenté des exemples de pityriasis rosé prolongé. Il est évident que dans les cas où le pityriasis rosé a été irrité, les éléments éruptifs persisteraient pendant plus longtemps ; mais alors très souvent les caractères de l'éruption elle-même seront changés, et ce ne sera plus à du pityriasis rosé que l'on aura affaire, mais bien à des lésions ordinairement eczématiformes.

Nous venons d'assister à l'évolution de la maladie, voyons quelle en est la terminaison. Elle est toujours la même, elle se fait toujours par résolution de l'éruption.

1. Metton. *Loc. cit.*

2. Hallopeau. *In Ann. de Dermat. et Syph.*, janv. 1889, p. 25.

L'affection se termine constamment par la guérison, ne laissant comme traces de son passage qu'une légère pigmentation et un aspect plissé de la peau au milieu des placards éruptifs, lésions qui, elles-mêmes, ne tarderont pas à disparaître.

Elle ne comporte aucune complication, ni aucun accident, et enfin ne passe jamais à l'état chronique.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La lésion la plus apparente du pityriasis rosé, celle qui justifie son nom : c'est la desquamation. De plus, les ressemblances objectives de cette affection avec les lésions de la tricophytie et du pityriasis versicolore qui font qu'on a souvent confondues entre elles ces diverses maladies, devaient faire naître dans l'esprit des observateurs l'idée d'une maladie parasitaire. Aussi est-il fait mention, dans tous les auteurs qui ont signalé le pityriasis rosé, d'examen microscopiques de squames, dans le but d'y rechercher des parasites et notamment des champignons dans le genre du tricophyton et du micro sporon furfur.

L'école de Vienne, confondant cette maladie avec la tricophytie aiguë disséminée qui paraît être très fréquente dans ce pays, tandis qu'elle est si rare chez nous, avait affirmé que le pityriasis rosé est causé par le tricophyton et dans le cas où on ne le trouvait pas, supposait que les recherches avaient été insuffisantes. Depuis lors, on s'est attaché dans tous les pays à rechercher soit le tricophyton, soit un parasite analogue. Partout on est arrivé à un résultat concordant, en ce sens que ce résultat a été négatif.

C'est ainsi que le Dr Melton, cite dans sa thèse un exa-

men de squames fait dans le service de M. Vidal par le Dr Roeser. On n'y a trouvé que la spore que l'on trouve dans toutes les exfoliations épidermiques, que Malassez a signalé en 1874, comme appartenant en propre au pityriasis capitis, et que, en raison de cela, M. Vidal a appelée *torula communis*.

Primo Ferrari, aurait trouvé dans des squames de pityriasis rosé deux parasites, le saccaromycete sphérique de Bizzorero et le *microspoon anomæon* de M. Vidal, le premier sur des plaques de pityriasis développées au niveau des régions pilaires, le second sur les plaques cutanées des parties glabres. Mais ces recherches n'ont pas été confirmées.

Enfin récemment, M. le Dr Besnier, présentant un cas de pityriasis rosé à une des réunions cliniques de Saint-Louis, a lu l'examen microscopique qui en avait été fait par M. Jacquet et qui portait principalement sur les squames. Le violet de gentiane aurait permis d'y constater la présence de micro-organismes, les uns des bâtonnets rares et surtout des diplocoques. Dans aucune de ses préparations, M. Jacquet n'a trouvé le parasite de Vidal.

On voit donc que l'on n'a jamais trouvé que des microbes et des spores banals, comme il en existe même dans tout épiderme normal, mais il s'en faut qu'on ait constamment signalé dans le pityriasis rosé, une forme qui en soit la caractéristique.

M. le Dr Darier, chef du laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, a examiné avec le plus grand soin des squames recueillies sur des cas de pityriasis rosé, notamment dans les deux cas dont nous donnons l'examen plus loin,

et dans un nombre considérable d'autres cas qui se sont présentés depuis quatre ans dans le service du professeur Fournier. Il n'a jamais constaté la présence de parasites spéciaux ou de champignons et microbes assez constants et assez nombreux pour qu'on puisse leur faire jouer un rôle quelconque dans l'étiologie de la maladie.

Jusqu'ici donc les recherches n'ont porté que sur les squames. Désireux de savoir si les lésions cutanées, du pityriasis rosé, étaient caractéristiques et pouvaient ainsi nous mettre sur la voie de la pathogénie de cette affection, nous avons prié le Dr Darier de nous venir en aide, et nous devons à sa bienveillance de pouvoir donner ici l'examen histologique d'éléments éruptifs du pityriasis rosé.

Voici la note qu'il nous a communiquée à ce sujet :

« J'ai eu à ma disposition : 1° des fragments provenant de la malade de l'observation II, où j'ai excisé au quinzième jour de l'éruption, une petite plaque tout entière dans la région du dos ; 2° une partie du bord d'un médaillon pris dans la région de la fesse de la malade de l'observation XII, dont l'éruption datait de huit jours.

« Les pièces ont été durcies les unes par l'alcool, réduites en coupes et colorées par le picro-carminate d'ammoniaque, les autres par le bichromate d'ammoniaque suivi de l'action de la gomme et de l'alcool, et colorée, par le picro-carminate ou l'hématoxyline.

« En examinant ces différentes coupes, on constate que la peau au niveau des placards présente quelques lésions qui sont, en somme, peu accusées et qui peuvent se résu-

mer en ces termes : congestion, exsudation, desquamation.

« L'épiderme, dans son ensemble, est à peine augmenté de hauteur. La disposition des papilles est toujours assez irrégulière au niveau des régions que j'ai examinées, mais il est facile de se rendre compte par comparaison avec la petite zone de peau saine qui a été excisée avec la lésion, qu'il n'y a ni aplatissement, ni allongement bien notable des papilles et des bourgeons épidermiques interpapillaires.

« La couche cornée est manifestement épaissie au niveau de l'éruption. Elle est fendillée en lamelles, présente des lignes de clivage qui en augmentent encore l'épaisseur apparente. D'une façon générale, elle est au moins deux ou trois fois plus haute que normalement, tout en étant composée de cellules parfaitement kératinisées et ne renfermant pas de noyaux. Ce n'est qu'au niveau de l'embouchure des glandes sudoripares et des orifices folliculaires, où les squames sont plus épaisses, qu'on constate en quelques points, la persistance des noyaux dans les cellules cornées.

« La couche granuleuse est parfaitement normale, partout composée de deux, quelquefois d'une seule rangée de cellules richement pourvues d'éléidine.

Dans le corps muqueux de Malpighi on ne constate aucune altération des éléments, et notamment aucune trace de vascularisation. Les cellules migratrices n'y sont pas très abondantes.

« Dans le derme, il faut considérer à part le corps papillaire, ou couche superficielle qui est en rapport avec l'épiderme et le chorion sous-jacent.

« Ces papilles sont, comme je l'ai dit, assez irrégulières et de dimensions inégales dans les régions examinées ; elles sont très peu augmentées de volume en largeur. Elles renferment toutes des éléments embryonnaires ou migrants, mais pas en nombre très considérable.

« Il y a de même, dans toute la couche superficielle du derme, une infiltration diffuse, mais très discrète par des éléments de cet ordre. C'est autour des vaisseaux du plexus sous-papillaire et de ceux des papilles elles-mêmes que ces cellules lymphoïdes sont surtout accumulées sous forme de manchons péri-vasculaires.

« Les méthodes employées ne permettent pas d'affirmer que les vaisseaux étaient dilatés sur le vivant ; mais il est bien probable qu'il devait y avoir eu un certain degré d'hyperémie au niveau de l'éruption. D'ailleurs la présence des cellules lymphoïdes suffit à indiquer un certain degré d'inflammation.

« Dans le derme proprement dit, on ne trouve d'anormal qu'une infiltration de cellules embryonnaires, exclusivement limitée au pourtour des vaisseaux.

« Je n'ai pas trouvé de glomérules des glandes sudoripares dans mes coupes : leur canal excréteur surtout dans sa partie la plus voisine de son abouchement dans l'épiderme est entouré de nombreuses cellules embryonnaires. A ce niveau, les papilles sont plus dilatées, oedémateuses ; il y a là, en un mot, comme un foyer d'inflammation plus intense.

« J'ajouterai que j'ai coloré un certain nombre de coupes provenant d'un fragment durci dans l'alcool par la méthode de Weigert et de Gram, dans le but d'y rechercher des

bactéries. Je n'en ai jamais trouvé ni dans le corps muqueux, ni dans les vaisseaux, ni au milieu des cellules accumulées autour des vaisseaux et dans les papilles.

« En résumé, on constate sur ces coupes les traces d'une inflammation aiguë, mais relativement modérée, portant surtout sur la région la plus superficielle du derme. Il n'y a pas d'autre altération de l'épiderme qu'un épaissement, avec lamellisation de la couche cornée.

« Dans les deux cas, les lésions étaient, pour ainsi dire, identiques, mais il faut insister sur ce fait que je n'ai eu sous les yeux que les lésions de la période d'acmé de la maladie ; si simple que paraisse être ici le processus morbide, il serait nécessaire, afin d'avoir une notion complète sur l'évolution de la lésion, de pouvoir étudier histologiquement le premier début de l'éruption et le stade terminal. J'en suis réduit à les induire des faits que j'ai constatés, et les conclusions auxquelles je suis conduit ne peuvent avoir un caractère définitif. Les quelques lésions que j'ai signalées expliquent très bien l'aspect clinique de la maladie, mais n'indiquent rien sur sa nature. Elles se rapprochent beaucoup des lésions de l'érythème papuleux. La différence réside surtout dans l'œdème inflammatoire plus marqué qui existe dans cette dernière affection, comme on peut le constater sur des fragments traités par l'acide osmique, tout aussitôt après l'excision, et d'autre part, dans l'altération de la couche cornée que j'ai décrite ici.

« Le corps muqueux et la couche granuleuse aux dépens desquels se forme la couche cornée n'étant pas altérés, on doit supposer que la desquamation du pityriasis rosé

est due à une suractivité momentanée de l'évolution épidermique sous l'influence de la congestion inflammatoire : mais l'histologie ne nous apprend rien sur la cause de cette inflammation ».

En somme, on voit que les lésions constatées par M. Darier, n'indiquent rien de bien caractéristique, et n'établissent pas positivement la confirmation de notre hypothèse, ce que nous ne pouvions espérer. Elles indiquent seulement une inflammation légère, ce qui déjà sépare nettement le pityriasis rosé des dermatoses, comme l'eczéma, par exemple, où l'eczéma seborrhoïque qui lui ressemble beaucoup, et dont les lésions sont cependant totalement différentes. Ce qui domine, en effet, dans cette dernière affection, c'est l'altération vésiculeuse que l'examen histologique n'a pas fait constater dans le pityriasis rosé.

L'érythème polymorphe serait l'affection dont, anatomiquement, se rapprocherait le plus le pityriasis rosé. Et, encore à ce point de vue y aurait-il une différence : nous voulons parler de la présence dans les lésions de l'érythème de micro-organismes qui ont été signalés et décrits par Hausalter (1), puis par Simon et Legrain (2). Or, nous savons que les examens microscopiques n'ont pu faire découvrir de bactéries dans les lésions du pityriasis rosé. Ajoutons toutefois, que les recherches de ces auteurs n'ont pas été confirmées, et que leurs conclusions sont loin d'être admises par tous les dermatologistes.

1. Hausalter. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, t. VIII, 1887, p. 688.

2. P. Simon et E. Legrain. *Ann. de Dermat., et de Syph.*, t. IX, 1888, p. 697.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE. — NATURE.

Nous ne reviendrons pas sur les diverses opinions qui ont été émises depuis Gibert sur la nature du pityriasis rosé. Nous les avons en partie signalées dans notre historique. Rappelons seulement que Bazin en faisait un pseudo-exanthème arthritique. Les auteurs qui l'ont suivi ont généralement admis la nature pseudo-exanthématique du pityriasis rosé, sans toutefois rattacher cette affection aussi étroitement à l'arthritisme qu'avait voulu le faire Bazin.

Nous nous contenterons d'exposer et de discuter les théories pathogéniques du pityriasis rosé qui ont cours actuellement dans la science, et nous terminerons en donnant notre opinion personnelle et les raisons qui nous l'ont fait adopter.

Ces théories sont au nombre de trois :

- 1° Le pityriasis rosé est une *affection parasitaire* ;
- 2° C'est un *pseudo-exanthème* ;
- 3° C'est une *auto-intoxication*.

I. — C'est l'École Viennoise, avec Hèbra et Kaposi, qui, la première, a soutenu la nature parasitaire du pityriasis rosé. Pour ces auteurs, ainsi d'ailleurs que pour Neumann, Auspitz et quelques allemands, comme Has et Kœbner, le pityriasis rosé ne saurait être distingué de l'éruption produite sur la peau par le tricophyton. Aussi le désignent-

ils sous le nom de *herpes tonsurans maculosus*. Nous ne nous arrêterons pas à réfuter cette opinion, car nous faisons longuement ailleurs le diagnostic du pityriasis rosé avec la tricophytie. Qu'il nous suffise de dire que dans tous les examens microscopiques qui ont été faits jusqu'ici et, en particulier, dans ceux que le Dr Darier a obligeamment faits à notre intention, jamais on n'a trouvé un parasite qui ressemblât au tricophyton. « Malgré ses allures parasitaires, dit le Dr E. Besnier (1), cette affection est donc tout-à-fait distincte du tricophyton, et c'est sans aucun fondement qu'elle est encore décrite à l'étranger sous le nom de *herpes tonsurans maculosus* ».

Récemment un auteur italien, Primo Ferrari (2) a signalé dans un cas de pityriasis, la présence simultanée du saccaromycète sphérique de Bizzorero et du *microsporion anomæon* de Vidal. Inutile d'ajouter que le premier de ces parasites n'a pas été retrouvé. Quant au second, il produit une affection essentiellement différente du pityriasis rosé. M. Vidal lui-même en décrivant le pityriasis marginé parasitaire s'est appliqué à le distinguer du pityriasis rosé, et nous faisons nous-mêmes plus loin le diagnostic de ces deux affections.

Nous avons vu, d'autre part, dans notre étude anatomo-pathologique, que le pityriasis rosé ne présentait jamais d'autres spores ou micro-organismes. Il nous paraît donc suffisamment prouvé que cette affection n'est pas parasitaire.

1. E. Besnier. *Ann. de Dermat. et Syph.*, 1889, p. 25.

2. Primo Ferrari. *Ann. Dermat. et Syph.*, t. VII, 1887, p. 185, 1889, p. 25.

II. — Tout opposée à cette opinion est la théorie professée par l'École de Saint-Louis, ou tout au moins par la majorité de ses représentants actuels. M. Vidal (3), dans ses *Leçons sur le Pityriasis* insiste sur le mode de début par papulation congestive et ne voit dans le pityriasis rosé qu'un érythème desquamatif pseudo-exanthématique. « C'est, si l'on veut, dit-il, un érythème pityriasique, mais ce n'est nullement une affection spéciale, caractérisée par son mode de desquamation furfuracée ». M. E. Besnier est absolument du même avis : pour lui le pityriasis rosé est un pseudo-exanthème, auquel il ajoute le nom de érythémato-desquamatif, pour en désigner les principaux caractères. Notre maître, M. le professeur Fournier, partage aussi cette opinion. Nous savons, en effet, qu'il considère le pityriasis rosé « comme un pseudo-exanthème, c'est-à-dire quelque chose d'intermédiaire entre une fièvre éruptive et une dermatose chronique, mais se rapprochant plus d'une fièvre éruptive que d'une dermatose » (Thèse de Chapard).

Les éminents dermatologistes de Saint-Louis sont donc d'accord sur cette question de pathogénie. Nous aurions mauvaise grâce à nous élever contre une telle autorité ; cependant nos excellents maîtres nous permettront de faire une remarque qui a, croyons-nous, sa valeur et que nous développerons, d'ailleurs, plus amplement dans quelques instants en l'élevant à la hauteur d'un argument. M. Besnier (1) dit en effet dans une note à la traduction de Kaposi : «..... Si nous ajoutons à ces caractères (des

1. Vidal. *Leçons sur le Pityriasis*. In *progrès médical*, 1877.

2. Besnier. *Note à la traduction de Kaposi*, t. I., 1881, p. 260.

exanthèmes et des pseudo-exanthèmes) donnés par Bazin, que les exanthèmes ne récidivent jamais (au sens médical du mot) et que les pseudo-exanthèmes, au contraire, récidivent très ordinairement et souvent un grand nombre de fois chez le même sujet, nous aurons indiqué l'un des meilleurs caractères, le meilleur peut être en pratique, pour décider, soit tout à fait au début, soit rétrospectivement, le diagnostic différentiel des exanthèmes et pseudo-exanthèmes dans quelques cas difficiles de pseudo-rougeoles ou de pseudo-scarlatines ». Or, il nous semble que ce caractère essentiel manque absolument en l'espèce et que la non-récidive continuellement observée du pityriasis rosé suffit pour le distraire des pseudo-exanthèmes.

III. — M. le professeur Bouchard et surtout M. Jacquet ont, dans ces derniers temps, émis sur la nature du pityriasis rosé une opinion bien différente. Se basant sur deux cas de cette affection, dans lesquels il avait trouvé une dilatation gastrique très nette et une tuméfaction marquée des articulations phalango-phalanginiennes, M. Jacquet croit pouvoir établir une relation entre la dilatation et la dermatose. Il dit en effet dans sa communication à la Société clinique : « Deux cas, c'est peu pour conclure. Et malgré tout, pour que sur cent cas, M. Bouchard ait rencontré cinq fois le pityriasis ; pour que nos deux pityriasiques, les seules que nous ayons examinées à ce point de vue, se trouvent être deux dilatées, il nous semble qu'il doit y avoir là autre chose qu'une coïncidence. Tranchons le mot : nous croyons ici à une relation directe entre la dilatation stomacale et la dermatose s'expliquant,

comme l'admet M. Bouchard, par les fermentations normales dont l'organe ectasié est le siège, la production de substances toxiques et irritantes et l'élimination de ces substances par les émonctoires cutanés (1) ». Assurément cette constatation a son importance. Plusieurs fois, dans la suite, on a retrouvé la dilatation de l'estomac chez des gens atteints de pityriasis rosé. M. Besnier en a cité des exemples. Notre chef de clinique, M. Feulard en a présenté un cas à la réunion clinique des médecins de Saint-Louis, cas relaté dans une de nos observations (Obs. I) Nous-même en avons constaté un cas des plus nets (obs. III).

Cependant nous pensons que la conclusion de M. Jacquet n'est pas justifiée, car, d'une part, la majorité de nos pityriasiques n'ont à aucun moment présenté d'ectasie gastrique et d'autre part tous les dilatés n'ont pas de pityriasis. En outre, nous ne nous expliquons pas trop pourquoi l'éruption cesse, alors que la dilatation subsiste toujours. Il nous semble que, la dilatation persistant, les fermentations devaient continuer à se produire et entretenir ainsi l'éruption ou du moins la faire réapparaître de temps en temps. Or, les choses ne se passent pas ainsi, et la guérison de l'éruption n'est aucunement en rapport avec celle de la dilatation. C'est ce que nous avons constaté notamment chez la jeune fille qui fait le sujet de notre observation III. Chez elle, l'éruption a cessé depuis environ un mois et demi, et cependant dans une exploration récente, nous avons encore retrouvé très nettement l'ectasie gastrique.

1. Jacquet. *Loc. cit.*

Nous ne pouvons donc admettre cette théorie et considérer le pityriasis rosé comme une auto-intoxication d'origine stomacale.

IV. — Quelle est donc, en définitive, la nature de cette affection ? Pour nous, faisant un pas de plus dans la voie tracée par notre maître, nous faisons résolument du pityriasis rosé un exanthème, une véritable maladie infectieuse, et voici les raisons qui nous ont fait adopter cette manière de voir.

Un fait nous a tout d'abord frappé dans tous les cas que nous avons observés : c'est la *non-récidivité* de l'affection. Tous nos malades nous ont toujours dit être atteints pour la première fois. En outre, nous avons consulté nos maîtres, eux qui ont pu revoir des malades qui avaient présenté cette affection. Tous ont été unanimes : le pityriasis rosé ne récidive pas. Or, que conclure de cette non-récidivité, sinon qu'une première atteinte confère l'immunité ? Et quelles sont les maladies qui jouissent également de ce privilège ? Nous les connaissons pour être habituellement désignées sous le nom de *fièvres éruptives*, telles que la variole, la scarlatine, la rougeole, maladies générales et infectieuses au premier chef, auxquelles les progrès de la bactériologie viennent adjoindre chaque jour de nouvelles espèces morbides. Cet argument basé sur la constatation clinique du fait de la non-récidivité et sur les données de la pathologie générale, nous semble donc avoir quelque valeur, et nous permet déjà d'établir une analogie entre le pityriasis rosé et les fièvres éruptives, c'est-à-dire les exanthèmes aigus.

De plus, la marche de la maladie, nous l'avons vu, est

absolument cyclique. Elle achève son cours dans un délai presque toujours le même. N'est-ce pas ce qui se passe dans les exanthèmes ? L'évolution de l'élément éruptif lui-même, débutant par une papule qui s'affaisse pour desquamer plus tard, n'est-elle pas encore un trait commun entre le pityriasis rosé et les fièvres éruptives ?

Tels sont les principaux faits qui militent en faveur de notre opinion. Mais ce n'est pas tout.

Si la plupart du temps le pityriasis rosé débute sans phénomènes généraux bien accentués, il n'en est du moins pas toujours ainsi et nous citons des observations où l'invasion s'est faite brusquement avec fièvre, élévation thermique (Obs. XV et XIX). Souvent nous avons constaté des malaises, de la céphalalgie. Il ne faudrait donc pas arguer contre nous de l'absence de fièvre d'invasion. D'ailleurs reformons-nous notre diagnostic de rougeole, si après avoir constaté chez un enfant un catarrhe oculovasal et bronchique, nous voyons apparaître l'éruption caractéristique, le tout sans symptômes généraux bien appréciables ?

On pourra nous dire, il est vrai, que le pityriasis rosé n'est pas contagieux. A cela nous répondrons que cette affection a été constatée en même temps chez deux frères par Horand. Crocker en cite également deux cas observés simultanément chez deux personnes de la même famille. Enfin Péroni en aurait observé une épidémie. La prédominance de cette affection à certains moments, au printemps, ne serait-elle pas en faveur de cette hypothèse ? Quoiqu'il en soit, si le pityriasis rosé est contagieux, il nous semble l'être fort peu. Cela n'a rien d'étonnant si

l'on songe à la différence qui existe à cet égard entre les diverses maladies infectieuses.

Ce sont là, il faut l'avouer, uniquement des preuves cliniques. Elles ne nous paraissent pas complètement dénuées de valeur ; mais elles n'en auraient que plus de poids si elles étaient confirmées par l'anatomie pathologique. Or, que nous apprend-elle ? Que le pityriasis rosé se rapproche anatomiquement des lésions de l'érythème polymorphe. Est-ce à dire pour cela qu'il n'est qu'une forme de cet érythème ? Non, car celui-ci récidive et récidive même souvent, comme l'indique dans sa thèse de Molènes-Mahon (1) et le pityriasis rosé ne récidive pas.

On ne nous objectera pas non plus que le pityriasis rosé ne saurait être infectieux, puisque l'examen histologique n'y décèle pas de microbes ; car nombre de maladies ont été de par la clinique, déclarées infectieuses avant que, par la découverte de l'agent virulent, le microscope ne vint corroborer ces décisions. N'en est-il pas ainsi pour la rougeole, la scarlatine, etc. ? Et de plus, il ne faut pas s'attendre toujours à trouver dans le sang ou dans les lésions morbides des micro-organismes. D'après l'opinion la plus généralement admise, en effet, ce ne seraient pas les microbes, mais leurs produits de sécrétion, c'est-à-dire les ptomaïnes, qui y seraient contenus.

Disons cependant que les inoculations qui ont été faites par M. Vidal sont restées négatives. Le résultat ne doit pas nous étonner : il en est de même pour les inoculations directes de la rougeole et de la scarlatine.

1. De Molènes-Mahon. Thèse de Paris, 1884.

Toutes ces raisons nous font donc penser que la maladie désignée sous le nom de pityriasis rosé est bien une maladie infectieuse, dont le retentissement sur l'organisme est, il est vrai, très bénin.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC.

Lorsque les caractères du pityriasis rosé sont bien tranchés, il est facile d'en faire le diagnostic. Ainsi, si on est en présence d'une éruption qui a débuté ordinairement sans grande réaction générale, par une plaque restée isolée pendant quelques jours, puis suivie de l'apparition d'éléments semblables en plus ou moins grand nombre, habituellement non prurigineux, si ces placards ronds ou ovales sont constitués par un centre légèrement jaunâtre entouré d'une zone érythémato-desquamative, on n'aura pas de peine à reconnaître qu'il s'agit bien là d'un pityriasis rosé. Mais cependant cette affection est loin de se présenter toujours sous un aspect aussi net, et, dans certains cas, il est plusieurs maladies avec lesquelles on pourrait la confondre. Quelles sont-elles donc, et par quels signes arriverons-nous à un diagnostic précis ?

La *rougeole* peut quelquefois simuler le pityriasis rosé, lorsque, par exemple, celui-ci a eu un début plus brusque que de coutume ou bien que l'éruption ne se présente que sous la forme maculeuse. Toutefois, si l'on veut bien se rappeler les caractères de l'élévation thermique dans la rougeole avec sa rémission le troisième jour, avec des phénomènes généraux presque constants et assez intenses, avec, d'autre part, le catarrhe des muqueuses oculaire,

nasale et bronchique, et enfin la marche de l'éruption qui dans la rougeole débute par la face, pour de là gagner le tronc et les membres, et qui, dans le pityriasis rosé n'atteint presque jamais le visage, on verra qu'il faudrait quelque bonne volonté pour tomber dans l'erreur. La découverte d'un médaillon pourrait dans quelques cas lever les doutes.

La confusion avec la *tricophytie cutanée* est plus fréquente. Le Dr Nicolas cite dans sa thèse une observation où cette confusion a eu lieu. Il semblerait cependant qu'au cas où le diagnostic objectif serait impossible, le microscope serait là pour trancher la question. Eh bien, il n'en est pas ainsi et nous savons que l'École de Vienne n'admettant pas le pityriasis rosé, le considère comme une variété de *tricophytie cutanée*, qu'elle appelle *herpes tonsurans maculosus*. Voyons en quoi ces deux affections diffèrent. D'abord il ne peut y avoir confusion que s'il s'agit de la forme circinée, des médaillons du pityriasis rosé, car il ne viendra jamais à l'idée de songer à la *tricophytie*, si l'on se trouve en face de la forme maculeuse. Ici encore le diagnostic est facile. En effet, dans l'herpès circiné, les régions envahies le sont sans aucune symétrie : c'est le contraire dans le pityriasis rosé ainsi, qu'on peut le voir dans plusieurs de nos observations, mais surtout dans l'observation XI, où l'éruption est exactement limitée à la face antérieure des deux avant-bras. Les éléments *tricophytiques* sont plus localisés : l'éruption est disséminée dans le pityriasis. De plus, dit le Dr E. Besnier (1), « la *tricophytie* vraie de la peau est très irritative :

1. Besnier. In *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1889, p. 327.

les disques sont très accentués, dès le début : les anneaux vésiculo-squameux évoluent avec une grande rapidité et dépassent infiniment en dimensions les disques et les anneaux du pityriasis circiné non tricophytique ». La marche de la maladie est aussi toute différente. Tandis que le pityriasis rosé est caractérisé par une évolution régulière, cyclique et guérit sans traitement, la tricophytie a une marche irrégulière et ne cède qu'à un traitement énergique. Conserverait-on quelques doutes qu'ils seraient vite dissipés par le microscope, à l'aide duquel la présence du tricophyton sera rapidement décelée dans l'herpès circiné, tandis qu'il ne fera voir dans le pityriasis que quelques spores communes à toutes les affections cutanées et absolument différentes du tricophyton.

Le *pityriasis marginé* de Vidal (1), affection parasitaire, produite par le *microsporon anomæon*, serait peut-être plus difficile à distinguer de notre pityriasis rosé. Ce qui, en effet, peut induire en erreur, c'est d'abord l'analogie objective des lésions, puis l'extrême facilité de guérison dans les deux cas. Mais, d'après M. Vidal, qui a fait lui-même soigneusement ce diagnostic, le pityriasis marginé se distingue du pityriasis rosé, principalement par sa longue durée qui peut s'étendre jusqu'à huit mois, par sa marche absolument irrégulière et asymétrique, et par la présence du microsporon, tandis que dans les squames du pityriasis on ne trouve que la *torula vulgaris* commune à toutes les exfoliations épidémiques.

Le diagnostic avec le *psoriasis* est quelquefois, mais

1. Vidal. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. III, 1882, p. 22.

très rarement embarrassant. Tels sont les cas relatés dans nos observations XVIII et XXII. Dans le premier fait, si on n'eût vu que les avant-bras du malade sans l'interroger sur ses antécédents et l'évolution de l'affection, le diagnostic objectif aurait été pityriasis rosé. Comme nous venons de le dire, un des principaux caractères distinctifs réside dans l'évolution de la maladie qui, dans le cas de psoriasis, est essentiellement chronique et récidivante, tandis qu'elle est aiguë, régulière et unique dans le cas de pityriasis rosé. Cependant si l'on était en présence d'une première atteinte de psoriasis, on ne pourrait en aucune façon invoquer ce caractère clinique. Mais alors le psoriasis se traduit à nos yeux par des saillies larges et papuleuses, recouvertes de squames plus ou moins épaisses, blanches et nacrées, que le grattage détache facilement (signe de la tache de bougie), tous indices qui font absolument défaut dans le pityriasis rosé. De plus, très souvent le psoriasis s'étend à la face, au cuir chevelu; le pityriasis, lui, respecte toujours ces régions.

L'erreur est évidemment beaucoup plus facile à commettre avec l'*eczéma séborrhoïque* de Unna, et elle a dû être souvent commise avant la description de cette affection par le dermatologiste de Hambourg, car l'analogie d'aspect qui existe entre elle et le pityriasis rosé est souvent frappante. Voici, en effet, ce que dit dans sa thèse, faite sous l'inspiration de M. Besnier, le Dr de Senneville (1) : « Quand ces anneaux, à marche centrifuge s'étendent, le point primitivement affecté se transforme

1. De Senneville. Thèse de Paris, 1888.

en un centre pigmenté en jaune, recouvert d'une pellicule plissée, quelquefois même pityriasique : tout autour il se forme une éruption nouvelle, caractérisée par des papules d'un rouge brillant, qui se recouvrent bientôt d'une croûte légère, ou bien la maladie prend l'aspect d'un eczéma ordinaire et présente des vésicules, de la desquamation et du suintement. C'est ainsi que l'éruption augmente rapidement d'étendue jusqu'à atteindre deux ou trois centimètres de diamètre et plus, en formant des cercles ou des segments de cercles. Les disques sont tantôt isolés, tantôt au contraire, ils peuvent par confluence, constituer une plaque de la dimension d'une pièce de cinq francs, ou même de la paume de la main, à contours polycycliques, et sur les bords de laquelle on retrouve des vestiges des cercles primitifs ». La confusion est donc assez facile. M. E. Besnier (1) a cité récemment deux cas où il eût été aisé de le faire. On peut voir dans notre observation IX un cas de ce genre. Malgré ces ressemblances objectives, on peut arriver au diagnostic, s'appuyant sur les caractères suivants. L'eczéma séborrhoïque présente souvent sur les bords des éléments éruptifs, de fines vésicules qui peuvent s'excorier à un moment donné. C'est donc une affection qui peut devenir humide. Rien de cela dans le pityriasis rosé qui est une affection essentiellement sèche. De plus l'eczéma séborrhoïque est toujours précédé ou accompagné d'une séborrhée du cuir chevelu : il débute par la tête pour de là s'étendre à la partie supérieure du dos et de la poitrine. Enfin il dure très long-

1. E. Besnier. *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1889, p. 108.

temps, pendant des mois, et récidive très facilement. Ajoutons en terminant qu'il se voit sur les hommes surtout, et qu'il coïncide souvent avec le port d'un gilet de flanelle, d'où le nom d'*eczéma du gilet de flanelle* que lui a donné M. E. Besnier. Tous ces caractères, il est à peine besoin de le dire, sont essentiellement différents de ceux du pityriasis rosé.

La *roséole syphilitique*, peut, mais bien rarement cependant, en imposer pour un pityriasis rosé. Nous citons dans nos observations deux cas où cette erreur a été commise (Obs. XX et XXI). Dans les deux cas, les malades entraient dans le service pour des accidents de stomatite mercurielle, occasionnés par des frictions dirigées contre le pityriasis rosé qui avait été pris pour une éruption syphilitique. Quelquefois, en effet, la syphilide érythémateuse revêt une forme annulaire, cuivrée, qui lui donne un assez grand cachet de ressemblance avec le pityriasis rosé. Mais alors le début de l'éruption qui se fait d'abord sur l'abdomen, les lombes, à la ceinture quand il s'agit de vérole, au lieu de la poitrine et du dos ; la coloration des éléments qui ont une teinte fleur de pêcher, puis bientôt sombre et triste (Fournier), suffiront souvent à faire le diagnostic. De plus, caractère très important, la roséole ne desquame jamais ; et enfin, pour s'éclairer davantage, on peut avoir recours aux anamnétiques qui, nuls dans le cas de pityriasis, révéleront, dans un autre, l'accident initial de la vérole.

Quant au diagnostic avec la syphilide *papulosquameuse*, ici encore les antécédents seront d'une grande utilité. En outre, celle-ci se présente très rarement sous la forme

d'éléments arrondis ou ovalaires : ce sont plutôt de simples papules, recouvertes de squames à leur sommet. Or, tel n'est pas le caractère des éléments et de la desquamation du pityriasis rosé. L'objectivité des lésions est donc totalement différente.

Il faut néanmoins avouer que le diagnostic serait assez embarrassant dans le cas de pityriasis rosé, se développant chez un syphilitique. Tel est le cas d'une de nos malades (Obs. XX).

Pourra-t-on confondre le *pityriasis versicolore* avec le pityriasis rosé ? Cela nous semble difficile. Cependant Unna (1) cite un cas de variété annulaire de cette affection, ayant absolument l'aspect et le siège du pityriasis rosé. Nous rapportons également une observation où un élément éruptif de pityriasis rosé par son étendue et sa couleur simulait un placard de *pityriasis versicolore* (Obs. XVI). L'erreur serait surtout possible au moment des poussées qui surviennent dans l'évolution de cette maladie parasitaire. Toutefois, elle ne sera pas longue à dissiper, car si le *pityriasis versicolore* peut présenter des anneaux de couleur jaunâtre, ceux-ci ne seront pas entourés d'une auréole rouge et ne desquameront pas. De plus, jamais le coup d'ongle ne détache, dans le pityriasis rosé un lambeau d'épiderme (signe du copeau, Fournier). Enfin, dernier signe clinique, le pityriasis rosé se termine spontanément ; le *pityriasis versicolore*, lui, semblable en cela à la trichophytie, ne disparaît qu'après traite-

1. Unna. In *Annal. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. II, 1881, p. 135.

ment. En dernier ressort, on peut avoir recours au microscope qui révélera ou non la présence du *microsporon furfur*.

Telles sont les principales affections que l'on pourrait confondre avec le pityriasis rosé. Nous ne ferons que citer, pour mémoire, d'autres dermatoses, telles que le pityriasis rubra, l'érythème marginé, le lichen circonscrit, l'urticaire qui peuvent avoir quelques rapports avec lui, mais qu'un examen même superficiel et grossier suffira à éliminer.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pityriasis rosé est une affection essentiellement bénigne, qui n'entraîne à sa suite aucune conséquence grave. Cette affection est si légère qu'elle nécessite rarement l'interruption des occupations habituelles, excepté, cependant, dans quelques cas où les phénomènes généraux du début sont intenses. Mais, nous le répétons, le plus ordinairement, les malades peuvent continuer à vaquer à leurs affaires.

Toutefois si, en lui-même, le pityriasis rosé est bénin, il peut présenter certains inconvénients qui ne laissent pas que d'affecter quelquefois les malades. Ce sont d'abord les démangeaisons. Nos observations personnelles nous ont montré que l'affection est habituellement non prurigineuse. Nous avons vu cependant, dans quelques cas, les parties malades être le siège de démangeaisons assez violentes. Dans deux cas en particulier (Obs. III et VII) le prurit était tellement intense, que tout sommeil a été, pendant quelques jours, complètement impossible.

Une seconde considération qui a aussi son importance, avec laquelle il faut compter, surtout lorsqu'il s'agit de malades du sexe féminin, provient de ce que les taches peuvent être quelquefois apparentes. On conçoit, en effet, que dans quelques circonstances, le siège des lésions sur

les parties découvertes de la poitrine et sur les bras, puisse incommoder beaucoup les malades. Une de nos malades était absolument désespérée, à la pensée que l'éruption dont on voyait quelques traces sur le cou, pouvait envahir la face.

Ces légers inconvénients modifient fort peu, comme on le voit, la bénignité du pronostic qui serait encore allégé, s'il était possible, par ce fait que la maladie ne récidive pas et ne passe jamais à l'état chronique.

Quant à la dilatation de l'estomac, si elle coïncide avec le pityriasis rosé, elle comporte son pronostic spécial.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT.

S'il est des maladies dans lesquelles le précepte « *primo non nocere* » doive être mis en usage, c'est assurément dans les cas de pityriasis rosé. Nous avons vu, en effet, que, dans une de nos observations (Obs. VII), des frictions et des bains irritants avaient amené une recrudescence des accidents. Il faudra donc se garder avant tout de lotions excitantes, de frictions avec des pommades irritantes, des pommades mercurielles en particulier, de bains avec des substances, telles que le carbonate de potasse.

Quant au traitement applicable à cette affection, il se réduit en réalité à fort peu de chose. En effet, nous avons vu que le pityriasis rosé est une maladie à cycle défini, et qui évolue régulièrement en quelques semaines. Il nous paraît donc impossible de l'arrêter dans son développement, comme il le serait, d'ailleurs, de juguler ou d'enrayer une variole, une rougeole ou une scarlatine. Tout au plus, si les phénomènes généraux du début sont accentués, pourrait-on administrer un léger purgatif. Puis, si les plaques sont peu nombreuses et de peu d'étendue, on pourra essayer des applications de vaseline iodée ainsi formulée :

Vaseline. . . . 30 gr.
Iode 1 gr.

Dans l'immense majorité des cas, ce traitement échouera il faudra laisser évoluer l'affection et se borner à obéir aux indications. Si les démangeaisons devenaient trop violentes, on les calmera à l'aide du glycérolé tartrique.

Glycérolé d'amidon. . . . 100 gr.
Acide tartrique. 4

On pourra y joindre également l'emploi du bromure de potassium à l'intérieur dans le cas d'insomnie due au prurit.

Nous nous sommes généralement bien trouvé pour nos malades du traitement suivant :

1° A l'intérieur : deux cuillerées à potage par jour de la solution suivante :

Eau. 1000 gr.
Bicarbonate de soude. . . . 50

2° A l'extérieur : onctions avec glycérolé d'amidon et bains d'amidon.

Nous reconnaissons toutefois que c'est là un traitement plutôt moral que véritablement effectif.

Il est bien entendu que si le pityriasis rosé s'accompagne d'une ectasie gastrique, on devra diriger contre cette dernière affection un traitement et un régime diététique appropriés.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Pityriasis rosé. — Symétrie de l'éruption. — Dilatation de l'estomac. — Présentée à la réunion clinique hebdomadaire du jeudi 21 mars 1889 par M. le Dr Feulard.

D... Marie, âgée de 25 ans, parfumeuse, entre le 17 mars 1889 dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, n°29.

Cette femme est d'une constitution un peu lymphatique ; gourmes dans l'enfance ; métrorrhagies fréquentes ; leucorrhée abondante. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Pas d'arthritisme. Pas de maladies de peau antérieures.

État actuel. — La maladie a débuté il y a trois semaines environ au niveau de la partie supérieure du thorax, puis a gagné les bras. Elle se présente en pleine activité aux membres inférieurs, sous forme de placards rosés desquamatifs orbiculaires, caractéristiques. Ces éléments éruptifs sont pâles, en voie de disparition aux bras et au thorax. Le visage est respecté, de même que le ventre. L'éruption présente une certaine symétrie, surtout au niveau des hanches. Il ne paraît pas y avoir eu de plaque primitive.

Cette femme qui est grosse mangeuse et grosse buveuse prend ses repas extrêmement vite, et a de plus la mauvaise habitude de boire avant de se coucher jusqu'à 5 ou 6 verres d'eau consécutifs.

L'exploration faite par les moyens habituels, démontre chez elle un estomac descendant à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il y a toutefois peu de symptômes fonctionnels, quelques renvois stomacaux et d'invincibles envies de dormir après avoir mangé. Elle présente, en outre, assez marquées, les déformations noueuses, des doigts signalées par M. Bouchard.

Elle est excessivement nerveuse. N'a cependant pas d'attaques.

Traitement. — Solution alcaline. Bains d'amidon. Glycérole d'amidon.

20 mars. — La malade apprenant le peu de gravité du pronostic de son affection demande à sortir.

OBSERVATION II (personnelle)

Pityriasis rosé avec plaque primitive qui dura 15 jours.

S... Louise, âgée de 28 ans, cuisinière, entre le 6 avril 1889 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit n° 7, (service de M. le professeur Fournier).

Cette femme jouit d'une bonne santé habituelle. Ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien d'intéressant à noter. Pas de rhumatisme : cependant légère migraine au moment de ses règles. Pas d'affection cutanée antérieure. Légers troubles gastriques.

Elle vient à l'hôpital pour une affection de la peau dont le début remonte à un mois. A ce moment elle aperçut sur le sein gauche le premier bouton, première plaque de dimension peu étendue et qui resta isolée pendant quinze jours. Depuis quinze jours, elle vit l'éruption se faire sur tout le tronc : la généralisation fut assez rapide.

État actuel. — Le 6 avril, la malade se présente à nous avec des placards érythémato-desquamatifs siégeant sur le thorax, le

dos et le bas-ventre. Les placards sont de forme ovulaire et à centre d'un rose passé. Ils sont entourés d'une auréole d'un rose un peu plus vif. Une légère desquamation se remarque sur leurs bords. Les placards manquent sur les cuisses, les jambes et les bras. Ils ne sont pas prurigineux et ne gênent d'aucune manière les fonctions générales. Pas d'ectasie gastrique.

Le Dr Darier a fait l'examen d'un de ces éléments pris au niveau du dos, examen que nous avons relaté dans notre chapitre : anatomie-pathologique.

Traitement. — Glycérolé d'amidon. — Bains d'amidon. — Solution alcaline.

13 avril. — La malade veut sortir. L'éruption est en voie de disparition.

• OBSERVATION III (personnelle)

Pityrisis rosé. — Plaque primitive : durée 8 jours. — Dilatation de l'estomac. — Éruption nettement progressive. — Démangeaisons très violentes.

Ch... Léonie, âgée de 16 ans 1/2, vannière, vient à la polyclinique du professeur Fournier le 16 avril 1889.

Cette jeune fille dont la mère a été traitée pendant longtemps dans le service du professeur Charcot pour des accidents hystériques est elle-même excessivement nerveuse et impressionnable. Réglée à 12 ans, elle l'a été, depuis cette époque assez irrégulièrement et difficilement. Leucorrhée assez abondante depuis quelque temps. Chez elle, les fonctions digestives sont peu troublées quoiqu'elle prenne ses repas avec la plus grande irrégularité : c'est ainsi que, nous dit-elle, il lui arrive souvent de ne déjeuner qu'à 3 ou 4 heures de l'après-midi.

Pas d'autres antécédents morbides, pas de maladies cutanées.

L'affection actuelle aurait débuté il y a un mois, à la suite d'une scène violente avec sa mère, par l'apparition d'un bouton prurigineux et rouge sur la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras gauche. Elle y appliqua de l'alcool camphré, de l'ammoniaque, ce qui fit vésicatoire. Puis l'avant-bras et le bras furent envahis, mais 8 jours environ après l'apparition de cette plaque initiale ; la partie supérieure de la poitrine fut prise à peu près en même temps. Puis, la fesse et la face externe de la cuisse gauche ne tardèrent pas à être atteintes. Toutes ces parties étaient en même temps le siège de légères démangeaisons.

État actuel. — La malade se présente à nous avec une éruption occupant le cou, la partie supérieure de la poitrine et du dos. Sur les membres, le côté gauche est presque exclusivement affecté. Tandis que l'avant-bras et le bras gauche sont abondamment couverts d'éléments éruptifs, à peine en voit-on quelques-uns à droite. Même remarque pour les membres inférieurs : l'éruption est surtout confluyente au niveau de la face externe de la cuisse et sur la fesse du côté gauche.

Ce qui frappe tout d'abord c'est le polymorphisme de cette éruption. Sur les membres elle est constituée surtout par des papules de couleur rosée qui forment sur la peau environnante une saillie parfaitement appréciable à la vue et au toucher. Sur le devant du thorax, ce sont des taches de dimensions un peu plus considérables, 8 à 10 millimètres ; une fine desquamation se détache de leur surface, l'éruption a le même aspect sur la cuisse gauche. Les médaillons sont surtout caractéristiques au cou. Rien sur les jambes.

Pas d'anesthésie au niveau des placards éruptifs.

Rien du côté des muqueuses, de la bouche en particulier.

Dilatation manifeste de l'estomac. Cet organe descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les nodosités phalango-phalanginiennes sont peu marquées. Pas de troubles fonctionnels.

L'auscultation du cœur fait percevoir un léger souffle à la base et au premier temps. Rien dans les vaisseaux du cou.

Bon état général.

Traitement habituel. — Régime contre l'ectasie gastrique.

23 Avril. — L'éruption s'est notablement modifiée sur la poitrine; les placards ont, en quelques points même, disparu. — Un seul médaillon subsiste au cou. Mais sur la cuisse et la fesse gauche, l'éruption est plus abondante et plus vive qu'au début. En outre ces régions sont le siège de démangeaisons assez intenses.

Contre ces démangeaisons, nous prescrivons des onctions au glycérolé tartrique.

3 mai. — L'éruption est presque terminée sur la poitrine. Seul, se voit encore le gros médaillon du cou. Elle persiste sur la fesse gauche, mais néanmoins a un peu pâli. En revanche, sur la fesse droite, nouvelle poussée, mais moins intense que du côté gauche.

La dilatation de l'estomac est toujours très appréciable. Au reste, la malade ne suit pas son régime.

14 mai. — Sur le cou, la poitrine, le bras gauche, l'éruption est à peu près effacée. Fesse gauche peu modifiée: gros médaillons desquamant sur les bords qui présentent çà et là quelques fines vésicules dues au grattage. Du côté droit, la fosse iliaque commence à être envahie et présente quelques éléments; la face externe de la cuisse également.

25 mai. — On ne constate plus que quelques éléments très pâles symétriquement placés à droite et à gauche, à la racine des membres inférieurs. Sur le tronc et le bras gauche, l'éruption ne s'accuse plus que par l'aspect un peu pigmenté par places, de la peau.

4 juin. — L'éruption est complètement terminée.

L'exploration nous fait encore percevoir nettement le bruit de clapotement stomacal.

11 juillet. — La surface cutanée a depuis longtemps déjà repris son aspect normal. Mais la dilatation gastrique subsiste toujours.

OBSERVATION IV (personnelle)

Pityriasis rosé. Plaques primitives multiples.

D.... Berthe, âgée de 24 ans giletière, vient le 27 avril 1889 à la consultation externe du professeur Fournier.

Réglée à 12 ans 1/2, toujours très régulièrement, cette femme a continuellement joui d'une excellente santé. Ses antécédents héréditaires ou personnels ne révèlent rien qui touche à l'arthritisme, ni aucune affection cutanée. De nombreuses vergetures sur l'abdomen ainsi que sur les cuisses, une légère éventration de la ligne blanche sont le résultat de trois grossesses dont la première date de 1884 et la dernière de 1887.

Le début de l'affection actuelle remonte aux premiers jours du mois. Le 1^{er} avril, elle s'aperçut qu'elle avait sur le côté droit du cou quelques petits boutons (quatre ou cinq) qui étaient légèrement prurigineux. En deux ou trois jours l'éruption avait acquis l'extension qu'elle a actuellement. La malade prend, sur les conseils d'un médecin, 40 grammes de sulfate de magnésie. Quelques jours après elle se fait des onctions avec une pommade (?) et prend à l'intérieur de la liqueur de Fowler (6 gouttes par jour). Aucun résultat.

État actuel. — Lorsque nous examinons la malade, le 27 avril, elle se présente à nous avec une éruption déjà sur son déclin. Néanmoins, on constate la présence, sur la face antérieure du cou et de la poitrine, de placards de coloration variant d'un rose un peu passé à une teinte jaune pâle. Ces plaques ont des dimensions allant de 4 à 15 et 18 millimètres. Les plus caractéristiques se remarquent sur le cou où ils constituent des médaillons avec leurs cadres rubéo-squameux très nets.

L'éruption est prurigineuse sur le cou et à droite seulement, mais non dans les autres régions.

Quelques placards se remarquent sur la nuque et l'abdomen.

Rien à la bouche.

Pas de symptômes généraux. — Pas de troubles gastriques.

Traitement habituel, c'est-à-dire, bains d'amidon tous les deux jours, glycérole d'amidon ; solution alcaline.

9 mai. — L'éruption a beaucoup pâli et est en voie de disposition. Plus de démangeaisons du tout.

Nous n'avons pu suivre davantage cette malade, car elle n'est plus revenue à Saint-Louis.

OBSERVATION V (personnelle)

Pityriasis rosé. — Plaque primitive de très longue durée. —

Eruption simulant en quelques points la tricopluptie.

C.... Catherine, âgée de 34 ans, ménagère, vient le 4 mai 1889 à la consultation externe du professeur Fournier.

Cette femme dont l'état de santé antérieur a toujours été bon, n'offre rien d'intéressant à noter dans ses antécédents soit héréditaire, soit personnels. En particulier, rien qui touche à l'arthritisme. Jamais de maladie cutanée.

Il y a deux mois, elle se serait aperçue d'une petite plaque rouge sur la partie médiane du cou, au niveau de l'os hyoïde. Cette plaque n'était pas prurigineuse. La malade ne s'occupe pas autrement.

Un mois et demi après, c'est-à-dire il y a quinze jours, (la malade est très énergique dans ses affirmations), elle vit se produire autour de cette plaque primitive qui elle-même s'élargissait insensiblement un assez grand nombre d'autres petits éléments analogues. La poitrine fut bientôt envahie. Quelques placards se montrèrent également sur le dos.

Elle vient à la consultation le 4 mai 1889.

État actuel. — A ce moment on constate sur les parois antérieures et latérales du cou une éruption constituée par des placards circulaires à contour rosé sans élévation de la surface cutanée environnante et à centre d'une teinte légèrement grisâtre. Une fine desquamation se remarque sur ces éléments.

Plusieurs de ces plaques ont une forme absolument circinée et simulent la tricophytie.

A la partie supérieure se voit la plaque initiale à forme grossièrement ovale et qui occupe une surface assez considérable : six centimètres dans son diamètre longitudinal, quatre dans son diamètre transversal. L'éruption de la poitrine est beaucoup moins vive, ainsi que celle du dos. Quelques placards à la ceinture.

Pas de prurit.

La malade ayant mangé ce matin, nous ne pouvons explorer l'estomac. Toutefois, elle ne nous accuse aucun trouble gastrique.

Traitement habituel.

9 mai. — L'éruption est toujours assez vive sur les parois du cou. Elle est complètement disparue sur la poitrine. Les placards du dos et de la ceinture sont encore bien distincts.

La malade n'a pas mangé, nous l'explorons et ne trouvons pas de dilatation de l'estomac.

23 mai. — Disparition complète de l'éruption sur le dos, les épaules et la ceinture. Sur le cas on distingue à peine le contour des médaillons, par leur aspect un peu plus foncé, et la desquamation furfuracée qui se fait à leur niveau. La malade dit d'ailleurs que le matin ils ne s'aperçoivent pas, mais que le jour et surtout le soir, ils sont plus apparents.

L'examen, fait encore très soigneusement, ne révèle aucun signe d'ectasie gastrique.

La malade part à la campagne. Elle peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION VI (personnelle)

Pityriasis rosé. — Légers symptômes généraux au début. — Démangeaisons précédant l'éruption.

R.... Jules, âgé de 14 ans, collégien, vient à la consultation externe du professeur Fournier le 4 mai 1889.

Le jeune homme a été chétif et malingre jusqu'à l'âge de sept ans : mais depuis ce temps sa santé a été excellente. Il n'a jamais eu de maladies de peau. Sa mère l'accompagnant, nous pouvons nous enquérir des antécédents héréditaires qui sont absolument nuls en l'espèce.

Le lundi 15 avril — Après avoir éprouvé pendant deux ou trois jours des malaises, une céphalalgie assez intense, notre petit malade ressentit des démangeaisons, siégeant surtout à la partie antérieure du thorax et au cou. Ces démangeaisons se manifestaient surtout le soir. Croyant qu'elles étaient dues à des puces, il n'y prêta pas autre attention.

Le jeudi 18. — Il rentre de la pension chez ses parents et on s'aperçut alors de la présence en ces régions de plaques rosées, à surface légèrement desquamante.

Quelques jours après, le ventre était envahi : l'éruption s'arrêta au bas-ventre. Quelques plaques sur les cuisses et les épaules.

Sur les conseils d'un médecin, on fait des applications de pomade au turbith ; le malade prend des bains sulfureux.

L'éruption restant stationnaire, le malade vient à la consultation le 4 mai 1889.

État actuel. — Il se présente à nous avec une éruption déjà un peu pâlie sur la poitrine, mais plus vive sur l'abdomen. Aussi reconnaît-on facilement les médaillons types du pityriasis rosé. Quelques placards plus colorés existent au niveau des épaules et sont

prurigineux ; le reste de l'éruption est à peine le siège de démangeaisons.

Traitement. — Solution alcaline. Bains d'amidon.

10 mai. — L'éruption est complètement effacée sur la poitrine et l'abdomen. Sur ces parties on constate seulement la desquamation pityriasique. Sur les épaules on remarque encore des médaillons, mais très pâles et en voie d'effacement.

Pas de dilatation de l'estomac. Du reste, pas de troubles fonctionnels de ce côté.

Notre jeune malade repart en pension.

OBSERVATION VII (personnelle)

Pityriasis rosé irrité. Début avec courbature. Plaque primitive à siège insolite. Symétrie de l'éruption. Membres absolument respectés. Démangeaisons très violentes.

L..., Henri, âgé de 41 ans, concierge, vient le 22 mai 1889 à la polyclinique du professeur Fournier.

Un fait domine surtout les antécédents et le passé morbide de cet homme : c'est l'existence de la diathèse arthritique. Son père, qui est mort actuellement a beaucoup souffert de rhumatismes. Sa sœur est rhumatisante également. Pour lui, il a eu, en 1875, une violente attaque de sciatique qui dura cinq mois. Depuis ce temps, il n'a pas eu de rechute, et sa santé a été excellente. Pas de maladie cutanée antérieure.

Au commencement du mois de mai, il éprouva quelques légers malaises, de vagues douleurs dans les membres, une certaine courbature générale, et le 4, il s'aperçut en se couchant d'une petite plaque au-dessus du pubis. Cette plaque était rouge et assez prurigineuse. Elle resta isolée un ou deux jours, puis d'autres plaques analogues ne tardèrent pas à se montrer à côté d'elle.

Sur les conseils d'un pharmacien, il fait des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc, et prend un bain avec 600 grammes de carbonate de potasse. Mais l'éruption ne fit que s'étendre en même temps que les démangeaisons devenaient intolérables, surtout pendant la nuit. Elle s'élevait des deux côtés du tronc dans les fosses iliaques, les flancs, les hypocondres, les parties latérales de la poitrine.

Le malade vient consulter le 19 mai et revient à la salle le 21.

État actuel. — Il se présente à nous avec une éruption occupant les points suivants : régions inguinales, fosses iliaques, flancs, hypocondres et parties latérales de la poitrine. La surface cutanée correspondant aux deux muscles grands droits de l'abdomen est absolument indemne. Ces deux parties de l'éruption se réunissent en haut à la partie supérieure de la face antérieure du thorax, sous les clavicules, et en bas, dans la région sus-pubienne. En sorte qu'elle occupe le contour d'un grand ovale dont le diamètre longitudinal serait représenté par une ligne allant de la base du sternum au pubis, et le diamètre transversal par une ligne unissant le rebord des fausses côtes d'un côté à l'autre.

Sur le dos, les omoplates sont indemnes ; mais tout l'espace correspondant aux muscles grands obliques et aux masses lombaires, c'est-à-dire toute la partie postérieure du tronc, comprise entre deux lignes parallèles unissant, l'une les deux pointes des omoplates, l'autre les deux crêtes iliaques, est envahi.

Cette éruption est constituée par des placards de dimensions variables, confluent sur les flancs et les fosses iliaques, à contour assez nettement circulaire. Le ton général de la coloration est d'un rose vif, aussi distingue-t-on difficilement la différence de teinte qui existe entre le centre des éléments et leur circonférence. Les médaillons types ne se voient que dans la région pectorale et en très petit nombre. Sur les flancs, on constate quelques fines vésicules sur les bords des éléments. En somme, l'éruption se présente comme irritée.

Les démangeaisons sont toujours très vives.

Pas d'altération de la sensibilité au niveau des plaques. Rien aux muqueuses.

Traitement. — Bains d'amidon. Glycérolé tartrique. Solution alcaline.

27 mai. — L'aspect de l'éruption est à peu près le même; cependant la coloration des éléments est beaucoup moins vive sur la poitrine. Sur les côtés du ventre et sur le dos, la lésion se présente toujours avec le même aspect irrité. Prurit peu calmé.

Pas de dilatation de l'estomac

16 juin. — Sous l'influence des onctions au glycérolé-tartrique les démangeaisons se sont assez rapidement calmées : elles persistent un peu le soir au niveau des plis génito-cruraux et sur le dos.

Aujourd'hui, l'éruption est absolument modifiée. Complètement disparue sur la poitrine, elle se distingue sur les côtés de l'abdomen que par une teinte un peu plus foncée, pigmentée de la peau. Sur les limites de la surface cutanée malade, on voit encore la présence de quelques médaillons, mais bien pâles. Sur le dos, quelques légères traces de grattage.

20 juin. — L'éruption est absolument terminée ; elle a duré environ six semaines.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Pityriasis rosé. — Plaque primitive. — Eruption discrète.

G... Paul, âgé de 25 ans, boulanger, vient à la consultation de Saint-Louis le 24 mai 1889.

Ce jeune homme, d'une forte constitution, n'a jamais été malade. Ses antécédents héréditaires et personnels ne révèlent absolument rien de morbide. En particulier, pas de maladie cutanée.

Il y a huit jours environ, sans malaise, sans fièvre, il s'est aperçu d'une plaque rouge, non prurigineuse, siégeant dans l'interstice du deltoïde et du pectoral du côté gauche. Cette plaque avait déjà les dimensions qu'elle a maintenant. Un ou deux jours après, il en aperçoit une au pli du coude gauche. Hier, il vit alors se produire sur les côtés du cou, une éruption composée de plaques analogues, mais d'un moindre volume et non-prurigineuse.

État actuel. — Le malade se présente avec une éruption occupant surtout les creux sous-claviculaires. Quelques plaques au niveau des pectoraux, parmi lesquelles, la plaque primitive.

Ces plaques sont constituées par des éléments orbiculaires à contour de coloration rosée plus vive, qu'au centre. Ces éléments sont en outre le siège d'une fine desquamation. On n'a pas de peine à reconnaître les médaillons caractéristiques du pityriasis rosé.

Cà et là quelques papules rosées, dont le doigt indique bien le relief.

Pas de démangeaisons.

Pas de troubles gastriques.

Le malade n'est plus revenu nous voir : nous n'avons pu continuer la suite de l'observation.

OBSERVATION IX (personnelle)

Pityriasis rosé. Eruption simulant l'eczéma séborrhoïque.

D., Marie, âgée de 37 ans, ménagère, vient à la consultation de Saint-Louis le 7 juin 1889.

Cette femme est d'une bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans et depuis lors régulièrement, elle s'est mariée à 20 ans. Elle eut trois grossesses. Elle est excessivement nerveuse, mais n'a pas d'autres antécédents morbides personnels ; elle a cependant été

traitée à Saint-Louis il y a 7 ans pour un eczéma du cuir chevelu. En revanche ses antécédents héréditaires sont fortement entachés d'arthritisme. Son père, en effet, a été atteint de rhumatisme et d'eczéma. Il est mort diabétique.

Il y a environ 3 semaines, pendant les soins de la toilette du matin, elle s'aperçoit d'une éruption, occupant surtout l'épaule droite et constituée par de petites plaques rouges peu prurigineuses et qui allaient s'agrandissant.

Elle va voir un pharmacien qui lui prescrit un purgatif. Mais l'éruption ne se passant pas, elle vient consulter le 7 juin.

État actuel. — Elle se présente avec des placards occupant les régions deltoïdienne, sus et sous-claviculaires droite. On en voit quelques-uns sur la partie supérieure du dos et quelques autres sur la partie supérieure de la poitrine et le sein gauche.

Les placards sont constitués par des éléments orbiculaires à contours d'un rose assez vif, et à centre de coloration beaucoup plus pâle et légèrement plissé. Leur diamètre est variable, mais presque tous sont de grande dimension et représentent des médaillons caractéristiques. Ils ont en moyenne le diamètre d'une pièce de un franc. En quelques endroits, l'éruption est confluyente, les éléments se réunissent et forment des figures géométriques, comme celles produites par l'intersection de plusieurs circonférences. A la surface de ces placards, se remarquent de fines lamelles épidermiques, qu'un léger grattage suffit à détacher. En aucun point, ne se voient des vésicules.

Pas de prurit. Pas d'altération de la sensibilité au niveau des plaques. Rien sur les muqueuses.

La malade n'ayant rien ingéré, nous explorons son estomac que nous ne trouvons nullement dilaté.

12 juin. — Traitement habituel. L'éruption est à peu près disparue sur la poitrine et sur le dos. Dans ces endroits, elle ne se remarque plus que par la présence d'une légère desquamation et du plissement de la peau par places. Sur l'épaule droite et le bras

(région deltoïdienne) elle est encore très apparente et constituée de la façon suivante : ce sont des placards absolument circulaires et tous formés en allant de la périphérie au centre : par un anneau rouge de 1 à 2 millimètres de largeur ; puis une zone très étroite de peau normale, et enfin une collerette de squammules englobant un cercle central de couleur plus sombre. Quatre ou cinq éléments présentent nettement cette disposition ; sur les autres, elle est plus confuse. Par instants ces éléments sont un peu prurigineux.

17 juin. — On ne remarque plus du tout les éléments signalés mercredi dernier : ils ne s'accusent plus que par une collerette desquamative plus ou moins étendue. On ne constate plus aucune trace d'éruption sur le dos et la poitrine. Plus de démangeaisons.

24 juin. — L'éruption est complètement terminée, après avoir duré un peu plus d'un mois.

OBSERVATION X (personnelle)

Pityriasis rosé. — Plaques primitives au nombre de trois et à siège inaccoutumé. — Éruption sur le dos des pieds. — Analgésie au centre des éléments éruptifs.

C.... Blanche, âgée de 22 ans, comptable, vient à la salle Henri IV le 13 juin 1889.

Cette jeune fille, dont le père et la mère sont morts tuberculeux, a néanmoins toujours été d'une bonne santé. Elle n'est pas très nerveuse ; elle s'émotionne cependant assez facilement. Les fonctions digestives s'accomplissent très-bien. Il semble même qu'elle ait meilleur appétit depuis le début de la maladie.

A la fin d'avril, à la suite d'émotions violentes et répétées, elle constate trois petites plaques rouges siégeant dans le pli de l'aîne gauche et un peu prurigineuses. Ces trois plaques demeu-

rent seules pendant quelques jours en s'agrandissant : la malade y applique de l'alcool camphré, sans résultat naturellement.

Au commencement de mai, l'éruption a gagné d'abord la face antérieure du thorax, puis de là le dos, les bras et les avant-bras. Enfin en dernier lieu, les cuisses, principalement à la face externe, et les jambes sont envahies. Pas beaucoup de démangeaisons. A ce moment la couleur de l'éruption est d'un rose assez vif.

Elle vient à la consultation de M. Vidal le 14 mai, où on diagnostique un pityriasis rosé.

On lui fit prendre des bains et faire des lotions soufrées. On nous l'envoie le 13 juin.

État actuel. — On constate sur tout le corps les traces bien reconnaissables de l'éruption du pityriasis rosé, qui est cependant un peu passée.

Sur tous les points précités particulièrement, c'est-à-dire : face antérieure de la poitrine, régions scapulaires, avant-bras, cuisses (faces interne et externe, celle-ci surtout) et jambes (face interne seulement) ; face supérieure des pieds même, on remarque encore la présence de placards arrondis à centre pigmenté, et de couleur gris-jaunâtre entouré d'une zone excentrique un peu plus colorée.

Au niveau de ces placards, la peau est comme plissée : quelques-uns desquament encore. Pas de démangeaisons.

Nous examinons l'état de la sensibilité et nous trouvons une analgésie très marquée au niveau des éléments éruptifs, à leur centre seulement : une épingle peut traverser tout le derme sans provoquer autre chose qu'une sensation de contact.

Rien à l'auscultation du cœur et des poumons.

Rien sur les muqueuses conjonctivale et buccale. Nous voyons bien ici une taie de la cornée, mais elle est consécutive, dit la malade, à une rougeole qu'elle a eue à l'âge de 7 ans.

18 juin. — Traitement habituel. L'éruption est à peu près

terminée, elle n'est plus reconnaissable que par le plissement de la peau, sa pigmentation un peu plus foncée et une légère desquamation. Sur la poitrine toutefois, les taches sont complètement effacées. L'anesthésie est toujours marquée au centre des éléments.

Nous examinons la malade au point de vue de la dilatation de l'estomac, elle n'en présente pas.

24 juin. — Disparition presque complète de l'éruption qui persiste cependant un peu sur les jambes. La sensibilité reparait.

29 juin. — La surface cutanée a repris à peu près partout son aspect normal. La sensibilité est bien revenue aux points où existait l'éruption, sans être cependant aussi exquise que dans les régions indemnes.

L'affection a duré environ deux mois.

OBSERVATION XI (personnelle)

Pityriasis rosé. — Eruption symétriquement localisée aux deux avant-bras.

N..... Charles, âgé de 34 ans, garçon de café, vient à la polyclinique du professeur Fournier le 20 juin 1889.

Cet homme vigoureux, bien constitué, jouit d'un bon état de santé habituel. Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant à noter.

Il y a cinq ans, en 1884, il a été traité à Londres pour une affection cutanée dont il ne se rappelle pas le nom, mais qu'il affirme n'être pas du tout semblable à celle qu'il a actuellement. Il fut d'ailleurs très malade et resta trois mois à l'hôpital.

L'affection actuelle a débuté il y a dix jours par une éruption dont le malade s'aperçut un matin sur les deux avant-bras. Toute l'éruption s'était faite dans l'espace d'une nuit. Très légè-

res démangeaisons à ce moment. Il prit, il y a quatre jours, un bain sulfureux. Il y a deux jours, il eut de la fièvre et fut obligé de s'aliter tout un jour.

Le malade vient consulter le 20 juin pour cette affection.

On constate alors une éruption occupant symétriquement et exclusivement les faces antérieures des avant-bras depuis le pli du coude jusqu'au poignet. Voici son aspect :

1° à gauche, on remarque sur la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras une grande plaque circulaire de deux centimètres et demi de diamètre, ainsi constituée : centre de coloration jaunâtre de deux centimètres de diamètre, collerette épidermique desquamative, puis autour zone érythémateuse un peu déchiquetée.

Tout autour, se trouvent de petites taches les unes maculeuses, mais les autres nettement papuleuses et de coloration rose tendre.

Au pli du coude, un autre petit groupe de taches se rapprochent et deviennent confluentes, de façon à former un assez large placard : mais on distingue bien cependant les taches qui le forment. Ça et là, sur la face antérieure de l'avant-bras, se voient comme de petites granulations miliaires, de telle sorte qu'on peut étudier toutes les phases de l'éruption. En passant la main sur l'avant-bras, on sent bien les petites élevures. Pas de prurit.

2° Bras droit. Ici l'éruption est un peu plus uniforme, elle se compose d'un certain nombre de petites plaques de dimensions à peu près semblables : de sept à huit millimètres, mais présentant toutes leur centre, leur petite collerette desquamative et leur zone érythémateuse. Ici encore, on sent très bien les papules et on se rend très bien compte de la congestion qui existe à leur niveau : à la pression la congestion disparaît, mais la plaque est toujours marquée par la pigmentation de la peau. Pas de prurit non plus.

3° enfin à la ceinture, mais seulement à la région lombaire, on

constate la présence de quelques macules et de un ou deux médaillons.

Pas d'altération de la sensibilité.

Rien du côté des muqueuses. Urines normales.

Le malade est garçon de café. Aussi a-t-il à son actif quantité de bière et de liqueurs. Il boit en moyenne quotidiennement 20 boks, 10 à 15 petits verres. Il eut il y a deux ans des accidents gastriques assez intenses. Il ne présente plus rien actuellement de ce côté ; il a quelques cauchemars, un peu de somnolence après les repas, un léger tremblement de la langue.

Pensant que notre malade ne reviendra pas, nous explorons son estomac, bien qu'il ait ingéré deux petits verres ce matin : nous ne le trouvons pas dilaté.

10 juillet. — Notre malade n'est, en effet, pas revenu.

OBSERVATION XII (personnelle)

Pityriasis rosé. — Phénomènes généraux au début. — Plaque primitive. — Confluence de l'éruption.

M... Joséphine, âgée de 56 ans, couturière, vient à la consultation de M. le professeur Fournier, le 22 juin 1889.

Cette femme s'est toujours bien portée. Son père et sa mère, qui étaient très arthritiques, ne lui ont laissé de cette diathèse que des migraines auxquelles elle a été longtemps sujette. Réglée à 14 ans, elle se maria à 20 ans, et eut huit enfants, dont sept sont encore vivants et bien portants. Ménopause depuis six ans. Jamais de maladie cutanée.

Le 11 juin, — Après avoir éprouvé pendant deux jours des malaises, une céphalalgie assez intense, des douleurs à la région lombaire et dans les membres, elle aperçut sur l'avant-bras gauche une petite plaque rose qui resta isolée quatre jours et le 16

juin, en se lavant, elle constata sur le haut de la poitrine d'autres petites plaques analogues.

Poursuivant alors plus loin son examen, elle vit une large plaque sur le sein droit. Depuis ce temps, l'éruption a augmenté et actuellement, la malade se présente à nous dans l'état suivant :

Etat actuel. — La malade présente sur tout le tronc et les fesses, une éruption presque confluyente. Elle est constituée par la réunion de plusieurs éléments qui peuvent nettement se ramener à trois types;

1^o Un premier type est formé par de larges plaques au nombre d'une dizaine et siégeant surtout sur le sternum et la poitrine. Ces plaques ont des dimensions variant de 10 à 23 millimètres de diamètre et représentent des cercles dont la circonférence est érythémateuse, de couleur rose assez vif et l'aire est jaunâtre.

Sur les limites de cette aire et comme formant une circonférence concentrique à la précédente, on voit une collerette formée de squames épidermiques qui vont tomber ;

2^o Autour de ces grands placards, mais surtout sur le dos et les fesses se voient en grande abondance d'autres éléments constitués par des cercles ou des ovales de dimension moindre, de 6 ou 7 millimètres, à aire jaunâtre, mais moins foncée et à zone extérieure rosée. Nulle part de desquamation au niveau de ces éléments.

3^o Enfin, çà et là parmi les éléments précédents, s'en trouve une grande quantité d'autres, soit simplement maculeux, mais le plus ordinairement papuleux, d'un diamètre n'excédant guère 4 millimètres, et formés uniquement par une tache rose sans desquamation, ni centre plus foncé.

Au niveau de la ceinture, le caractère de l'éruption est un peu particulier. En effet, elle est ici absolument confluyente et uniquement constituée par les éléments que nous avons décrits en second lieu; ces éléments se sont réunis de façon à former de larges bandes

ou de grands placards à bords ondulés et frangés. Au pli de l'aîne et sous les seins également.

Pas de démangeaisons. La sensibilité à la douleur est diminuée, car l'excision d'un élément a été à peine ressentie.

Les membres sont à peu près indemnes. On remarque cependant quelques placards à la naissance des cuisses.

Pour nous assurer du véritable mode d'évolution des éléments éruptifs, nous avons fait le dessin d'une partie presque exclusivement constituée par des éléments papuleux, et qui est située sur l'omoplate droite.

Un élément a été excisé, sur la fesse droite, par M. le Dr Darier, pour en pratiquer l'examen microscopique. Pansement antiseptique de la petite plaie ainsi faite.

Rien du côté des muqueuses. Urine normale.

Les symptômes généraux persistent, quoique légers.

Traitement habituel.

29 juin. — L'état de l'éruption sur l'épaule droite démontre complètement ce que nous pensions, c'est-à-dire, que les éléments passent d'abord par l'état papuleux, puis arrivent aux disques et desquament.

Sur la poitrine l'éruption a un peu changé de caractère, en ce sens qu'elle desquame dans toute son étendue. Ces larges plaques du sternum sont encore agrandies : elles desquament sur les bords : leur centre est pigmenté et légèrement plissé.

Sur le dos l'éruption est presque évanouie : elle persiste cependant sur les fesses. La petite plaie faite par l'excision est guérie.

On constate sur les bras et sur le cou de petites papules qui ont paru hier.

Toujours pas de démangeaisons.

1^{er} juillet. — L'éruption est en pleine régression. Sur la face antérieure du thorax presque tous les éléments desquament. Cette desquamation présente un aspect assez bizarre : les collerettes épidermiques et desquamatives des différents éléments se sont,

en effet, en quelques points réunies, et forment ainsi de longues lignes sinueuses qui représentent tout à fait les contours d'une carte géographique.

Continuation du traitement ; un purgatif est administré à la malade.

11 juillet. — L'éruption est à peu près complètement terminée, et à peine appréciable sur la partie antérieure du tronc, par l'aspect légèrement pigmenté de la surface cutanée qui desquame encore un peu.

OBSERVATION XIII (personnelle)

Pityriasis rosé. — Plaque primitive siégeant à l'avant-bras.

S... Maria, âgée de 25 ans, culottière, vient à la salle Henri VI le 25 juin 1889.

Cette femme, dont l'état de santé est habituellement bon, ne présente rien à noter d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Mariée à 18 ans, elle eut une première grossesse à 23 ans et elle est actuellement enceinte de huit mois. Pas de maladie cutanée antérieure.

Début de l'affection actuelle il y a quinze jours par une petite plaque rouge sur le bord interne de l'avant-bras droit. Cette plaque s'agrandit de plus en plus. Huit jours après, l'éruption s'étendit sur le bras droit et sur le bras gauche, puis la ceinture, la poitrine, les cuisses et les jambes furent successivement envahies.

Etat actuel. — On constate sur la poitrine et sur les seins, sur le dos, principalement du côté gauche, une éruption constituée par des placards d'environ un centimètre de diamètre ayant absolument l'aspect des médaillons types du pityriasis rosé. Symétriquement sur les deux avant-bras, on remarque la présence de

macules et de papules bien nettes d'un rose plus vif et de moindre dimension. Sur l'avant-bras droit, la plaque primitive a atteint quinze millimètres de diamètre.

Sur l'abdomen, quelques plaques d'un rose un peu passé, de petite dimension. Quelques-unes encore légèrement papuleuses. Quelques taches sur la face externe des cuisses. Un ou deux éléments seulement sur la face externe des jambes. Quelques placards assez larges sur les régions lombaire et sacrée.

Pas de prurit nulle part. Pas d'altération de la sensibilité au niveau des plaques. Pas de troubles des fonctions générales. Appétit peut-être un peu exagéré. Rien aux muqueuses.

La malade n'est plus revenue nous voir.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Pityriasis rosé. — Phénomènes généraux au début. — Plaques primitives multiples.

P... Henri, âgé de 14 ans et demi, dessinateur, vient à la consultation du prof. Fournier le 29 juin 1889.

Ce jeune homme se porte habituellement bien. Il n'a jamais eu de maladies de peau.

Il y a quinze jours, après avoir éprouvé pendant quelque temps des malaises et de la courbature, il constata l'apparition sur la région sternale de trois ou quatre plaques rouges, puis bientôt d'autres plaques semblables se montrèrent sur l'abdomen et les bras.

Etat actuel. — Le malade se présente à nous avec une éruption polymorphe occupant principalement l'abdomen, le dos, le haut des bras et des cuisses, et constituée çà et là par des papules, dont l'œil et le doigt surtout fait saisir le relief: les unes sont absolument miliaires, les autres ont un diamètre un peu plus considérable, mais qui n'excède pas 3 ou 4 millimètres. La colo-

ration de ces papules est d'un rose tendre : la pression ne les efface pas complètement. Ce sont elles qui constituent une grande partie de l'éruption.

Dans d'autres régions, surtout au niveau des hypochondres et du dos où ils sont disposés symétriquement et paraissent suivre les plis de la peau, les éléments sont plus volumineux, ovalaires, non papuleux, et présentent une collerette épidermique, comprise entre une zone érythémateuse excentrique et un centre plus foncé.

Les grands médaillons sont en petit nombre : un au-dessus du sein gauche ; deux au niveau de l'appendice xyphoïde, un à la région épigastrique.

Quelques éléments à la partie supérieure des cuisses et à la face externe des jambes. Sur les bras et les avant-bras, les éléments sont assez nombreux et pour la plupart papuleux.

La sensibilité n'est nullement modifiée au niveau des placards éruptifs. Pas de démangeaison. Pas de troubles des fonctions digestives.

Muqueuses indemnes. Urines normales.

7 juillet. — L'éruption est déjà bien effacée sur le dos. A l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses, elle est encore assez apparente.

Pas de dilatation de l'estomac.

Le malade n'est plus revenu à Saint-Louis.

OBSERVATION XV (personnelle)

Pityriasis rosé.— Symptômes généraux du début très marqués.
Plusieurs plaques primitives.

W... Numa, âgé de 28 ans, horloger, vient à la salle Henri IV,
le 2 juillet 1889.

Moingeard

Cet homme a contracté l'année dernière un chancre syphilitique qui fut suivi de plaques muqueuses anales et buccales. Il ne fit que trois mois de traitement.

L'affection actuelle a débuté au commencement du mois de juin par des malaises et des frissons, tels que le malade dut interrompre son travail. En même temps, il était en proie à une fièvre assez vive avec soif, anorexie complète. Insomnie pendant deux nuits. Puis deux ou trois jours après apparurent sur le cou trois ou quatre petites plaques rouges qui restèrent seules pendant 8 jours. La fièvre avait alors cessé. Puis de nouveaux éléments se montrèrent tout autour des précédents : un peu de démangeaisons. La poitrine, les bras et l'abdomen furent successivement envahis.

Le malade ne fit aucun traitement.

Etat actuel. — Il se présente aujourd'hui à nous avec une éruption à son déclin et caractérisée uniquement par des placards orbiculaires presque passée, mais dont on constate encore nettement le contour desquamatif et le centre pigmenté. Ces placards existent seulement sur la paroi antérieure de l'aisselle et à la ceinture. L'éruption de la poitrine, des bras et de l'abdomen n'est plus visible.

Ce prurit n'existe plus du tout. Pas d'autres troubles, soit locaux soit généraux. Rien dans l'urine.

3 juillet. — Le malade revient pour que nous l'explorions : pas de dilatation de l'estomac.

10 juillet. — L'éruption est complètement terminée et ne se reconnaît guère que par une très légère desquamation aux endroits précités. L'affection a duré cinq semaines.

Nous redonnons au malade le traitement spécifique.

OBSERVATION XVI (personnelle)

Pityriasis rosé. — Eruption très discrète. — Large plaque simulant le pityriasis versicolore.

C... Eugène, âgé de 20 ans, sellier, vient à la salle Henri IV, le 4 juillet 1889.

Pas d'antécédents morbides. Pas de maladies cutanées antérieures.

Début de l'affection actuelle, il y a trois semaines, sans fièvre, ni malaises rouge par l'opposition d'une plaque sur le bord inférieur du tendon du grand pectoral droit, suivie bientôt d'une seconde à l'épitrachée droite, puis deux au pli du coude. Quelques placards se montrèrent disséminés sur la poitrine et l'abdomen. Tous ces éléments étaient constitués de la même façon.

Le malade n'a fait aucun traitement.

Etat actuel. — L'éruption se présente à nous excessivement discrète. Sur toute la surface antérieure du tronc, on ne constate que neuf médaillons bien nets : ça et là, quelques macules et papules. De ces médaillons, sept sont ovales, deux seulement circulaires. Ils ont tous la constitution des médaillons types du pityriasis rosé. Mais ce qui nous frappe, c'est une plaque très large occupant tout l'espace compris entre la clavicule le sternum et la quatrième côte du côté gauche. Cette plaque est de couleur jaunâtre et les bords sont un peu rosés. Presque pas de desquamation. Cette plaque simule tout-à-fait objectivement le pityriasis versicolore. Mais si nous remarquons que le coup d'ongle ne détache pas de *copeau* épidermique ; que la coloration n'est pas celle *café au lait* de l'affection parasitaire, nous ne nous arrêtons pas plus à cette idée. De plus l'aspect des éléments éruptifs voisins aide à faire le diagnostic.

Sur le bras droit, les trois placards signalés ; du côté gauche, deux médaillons à la face postérieure de l'avant-bras, quatre à la face antérieure.

Au niveau du dos, l'éruption est un peu plus abondante, tout en restant toujours discrète et constituée par les mêmes éléments. Un médaillon sur la jambe droite ; dans la région crurale gauche.

Pas d'anesthésie au niveau des plaques. Pas de démangeaisons.

Rien à la bouche, ni aux yeux. Urine normale.

8 juillet. — Pas de dilatation de l'estomac. La grande plaque pectorale est complètement effacée. Le reste de l'éruption est en pleine régression.

OBSERVATION XVII (personnelle. Résumée)

Pityriasis rosé. Trois plaques primitives sur la face. Éruption limitée à la partie inférieure de la face et au cou.

J..., Virginie, âgée de 28 ans, journalière, vient à la consultation du professeur Fournier, le 6 juillet 1889.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Le 22 juin. — Sans fièvre, sans malaise, apparition de trois plaques rosées de la dimension d'une pièce de un franc sur la joue gauche, très prurigineuses. Ces plaques restent isolées pendant huit jours : l'éruption s'étend alors au cou.

État actuel. — On constate une éruption se limitant exactement à la face antérieure du cou et aux régions génieuses. Elle est constituée par des éléments très nets de pityriasis rosé. Pas de démangeaisons. Pas de troubles de la sensibilité. Rien du côté des muqueuses. Pas de troubles digestifs.

11 juillet. — Pas de dilatation de l'estomac.

OBSERVATION XVIII (personnelle. Résumée)

Psoriasis simulant le pityriasis rosé.

L... François, âgé de 39 ans, gardien de la paix, entre le 8 juin 1889, salle Saint-Louis, n° 40, service de M. le professeur Fournier, pour une affection de la peau, dont le début remonte en 1870. Elle était alors limitée aux coudes et aux genoux. Le malade ne fit aucun traitement jusqu'en 1886, époque à laquelle il entra dans le service. Il y fit un second séjour en 1888.

Il rentre aujourd'hui présentant sur la face antéro-externe, des jambes en particulier, des placards psoriasiques de couleur rouge jaunâtre, desquamatifs, non prurigineux.

Ces placards sont confluent sur les jambes, mais en d'autres points et en particulier sur les avant-bras ils sont discrets, arrondis, de couleur jaune pâle, séparés par des intervalles de peau saine, à bords un peu plus rouges et présentant une légère desquamation ; en sorte que dans ces points ils ont tout à fait l'aspect objectif des éléments du pityriasis rosé.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer. Décapage au glycérolé d'amidon, puis actions au glycérolé cadique.

Le malade est sorti guéri le 5 juillet.

OBSERVATION XIX

(Archives du service de clinique. Résumée).

Pityriasis rosé. — Intensité des phénomènes généraux du début.

P.... Alix, âgée de 36 ans, couturière, entre le 18 avril 1882 dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV lit n° 26.

Il ya 15 jours, elle ressentit d'assez fortes douleurs lombaires, accompagnées de douleurs de tête, de courbature et de saignements de nez. Puis elle ne tarde pas à voir apparaître des taches rouges d'abord sur le haut de : cuisses et sur le bas-ventre.

État actuel. — Elle présente sur plusieurs points du corps des taches rosées, irrégulières, très confluentes en certains points, de dimensions variables, à bords plus rouges que le centre qui offre une teinte jaunâtre. Par le grattage on soulève des écailles épidermique au centre de la tache seulement. L'éruption est très confluyente au niveau des fosses iliaques, puis sur la face interne des cuisses et sur toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen : ce sont les points primitivement affectés.

OBSERVATION XX

(Archives du service de clinique. Résumée).

Pityriasis rosé pris pour une éruption syphilitique. — Frictions mercurielles. — Stomatite consécutive.

D... Marie, âgée de 27 ans, entre le 4 février 1882 dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, lit n° 6.

La malade a reçu en octobre dernier la syphilis de son mari. Depuis ce moment, elle n'a cessé de suivre un traitement mercuriel. Elle l'interrompt à la fin de décembre. Vers le 12 janvier, elle vit se produire une éruption légèrement prurigineuse, pour laquelle on lui conseilla de reprendre les frictions mercurielles. Depuis huit jours, stomatite intense.

État actuel. — La malade présente, sur presque toute la surface du corps, des taches rosées converses d'une desquamation légère, s'accompagnant d'un peu de prurit. Le diagnostic porté par M. le professeur Fournier, est celui de pityriasis rosé. Ce sont les taches pityriasiques qui, prises par des médecins de la

ville pour une éruption syphilitique, ont été traitées en conséquence par les frictions mercurielles. Celles-ci n'ont pas guéri le pityriasis, mais ont déterminé une stomatite intense pour laquelle la malade entre à l'hôpital.

OBSERVATION XXI

(Archives du service de clinique. Résumée).

Pityriasis rosé pris pour une éruption syphilitique, traité à l'aide des pilules de protoiodure. Stomatite consécutive.

C.... Marie, âgée de 21 ans, plumassière, entre le 17 décembre 1887, dans le service du professeur Fournier, salle Henri IV, lit n° 21, pour une stomatite contractée par l'usage des pilules de protoiodure.

Le lundi 5. — Elle était venue consulter à Saint-Louis pour une éruption dont on retrouve des vestiges à la partie supérieure du thorax, sous la forme de placards ovalaires, non saillants, un peu jaunâtres, et au niveau desquels la peau présente un plissement remarquable. Le grattage détermine une très légère desquamation. Les éléments assez nets permettent encore de faire le diagnostic de pityriasis rosé.

On lui prescrivit des pilules de proto-iodure. Elle en prit depuis ce temps deux par jour. Les accidents de stomatite ont débuté il y a huit jours.

OBSERVATION XXII

(Archives du service de clinique. Résumée).

Pityriasis rosé à plaques rares et étendues simulant le psoriasis guttata discret. — Début avec fièvre.

P.... Eugénie, âgée de 15 ans, lingère, entre le 13 mai 1882, salle Henri IV, lit n. 24, service de M. le Professeur Fournier.

Il y a six jours, la malade s'aperçut d'une éruption qui survenait pour la première fois et s'accompagna de fièvre : c'est un psoriasis guttata, discret, jeté sans ordre surtout sur le dos, les épaules et même un peu sur les seins, il y a également quelques taches mais plus petites et plus clairsemées sur les membres inférieurs. Les régions sternale-ombilicale, les genoux, les coudes, la plante des pieds et la paume des mains sont intactes. A la face, une seule tache au menton.

La desquamation de cette éruption élimine l'idée de roséole syphilitique. L'aspect circiné de certaines taches fait penser au pityriasis rosé, mais le siège de l'éruption qui a épargné la face antérieure de la poitrine, n'est pas en faveur de cette hypothèse.

23 mai. — L'éruption s'est un peu modifiée. L'aspect, la configuration avaient fait penser à une affection parasitaire, mais l'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir de trichophyton. De plus, l'éruption est devenue plus confluyente, surtout à la racine des membres. Près des aisselles et des aines, elle est symétrique, très finement squameuse. Les taches ont au centre une teinte bistrée. Le diagnostic de pityriasis rosé n'est plus aujourd'hui contestable.

CONCLUSIONS

1° Le pityriasis rosé est une entité morbide distincte à laquelle on doit réserver une place à part dans le cadre nosologique.

2° Cette affection est, non pas une dermatose, ni même un pseudo-exanthème, mais un exanthème vrai ; c'est-à-dire une maladie infectieuse.

3° Elle jouit en commun avec les fièvres éruptives, des caractères habituels de ces maladies infectieuses, c'est-à-dire la spontanéité, l'acuité, la non-récidivité, l'évolution cyclique.

4° Elle s'en distingue toutefois par deux points : à savoir, par la réaction générale le plus souvent très légère dont elle s'accompagne et par la bénignité constante de son pronostic.

Vu : Le Président de la thèse,

FOURNIER

Vu : le Doyen,

BROUARI-EL

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur,
l'Inspecteur de l'Académie.

PERRIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- LORRY. — Tractatus de morbis cutaneis. Paris 1777.
- WILLAN ET BATEMAN. — Description and treatment of cutaneous diseases, London, 1799. Synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of D. Willan, 1815.
- ALIBERT. — Précis théorique et pratique des maladies de la peau, 1810.
- BIETT (par Cazenave et Schedel). — Maladies de la peau, 1820.
- RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1835.
- CHAUSIT. — Traité élémentaire des maladies de la peau, 1853.
- GIBERT. — Traité pratique des maladies de la peau et de la syph., 1860.
- DEVERGIE. — Maladies de la peau, 1862.
- BAZIN. — Leçons sur les affections génériques de la peau, 1862.
- HARDY. — Leçons sur les affections cutanées dartreuses, 1868.
- Article *pityriasis* du nouveau Dict. de méd. et de chir. prat., 1880.
- Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, 1886.
- ERASMUS WILSON. — Lectures on dermatology delivered in 1871-72-73.
- TILBURY FOX. — Skin diseases, third. édition, 1873.
- BLAZY. — Archives générales de médecine, mars 1874.
- RENDU. — Annales de dermatologie et de syph., 1874-75.
- HORAN. — Annales de dermat. et de syph., 1875-76.
- VIDAL. — Leçons sur le pityriasis, Progrès médical, 1877.
- Annales de dermat. et de syph. 1882.
- METTON. — Thèse de Paris, 1877.

- HEBRA ET KAPOSI. — Traité des maladies de la peau. Trad. Doyon, 1878.
- NICOLAS. — Thèse de Paris, 1880.
- NEUMANN. — Traité des maladies de la peau, trad. Darin, 1880.
- KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau, trad. E. Besnier, 1881.
- E. BESNIER. — Notes à la traduction de Kaposi, 1881.
- UNNA. — Analyse in annal. de dermat. et de syph., 1881.
- Lettres de Paris in Monatshefte für prak. dermatol. 1888 (6^e lettre).
- WEHL. — Berlin. Klinisc. Wochenschr, août 1882.
- BEHREND. — Berlin Klin. Wochenschr, août 1882.
- DUHRING. — M. Barthélemy et Colson, 1883.
- HYDE. — A practical treatise on diseases of the skin, Philadelphie, 1883.
- DE MOLÈNES-MAHON. — Thèse de Paris, 1884.
- CHAPARD. — Thèse de Paris, 1885.
- HILLAIRET ET GAUCHER. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1885.
- ZIEMSEN. — Handbook of diseases of the skin. New-York, 1885.
- BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1885.
- PRIMO FERRARI. — Analyse in Ann. Dermat. et Syph., 1886.
- JACQUET. — Bulletin de la soc. clin., 1886.
- PIGNOT. — Article *pityriasis* du Dict. encycl. des sc. méd., 1886.
- BROCO. — Ann. dermat. et syph., 1887.
- HAUSALTER. — Ann. dermat. et syph., 1887.
- P. SIMON ET E. LEGRAIN. — Ann. dermat. et syph., 1888.
- DE SENNEVILLE. — Thèse de Paris, 1888.
- RADCLIFFE CROCKER. — Diseases of the skin., Londres, 1888.
- A. FOURNIER, BESNIER, VIDAL, HALLOPEAU. — Annal. de dermat. et de syph. 1889, passim.

